



Universitat de les Illes Balears

Factores que influyen en la transferencia de evidencia científica a la práctica clínica de enfermeras de atención hospitalaria

Tesis doctoral para optar al grado de doctora
por la Universitat de les Illes Balears

Doctoranda

Priscila Seguí González

Directores de la tesis

Dr. Jordi Pericàs Beltran

Dr. Joan de Pedro Gómez

Dr. Miquel Bennasar Veny

Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitaria

Línea de investigación:

Estilos de vida y salud

Institut Universitari de Recerca en Ciències de la Salut (IUNICS)

Año 2014

Tesis doctoral para optar al grado de doctora
por la Universitat de les Illes Balears el año 2014

**Factores que influyen en la transferencia de
evidencia científica a la práctica clínica de
enfermeras de atención hospitalaria**

La doctoranda

Priscila Seguí González

Directores de la tesis

Dr. Jordi Pericàs Beltran

Dr. Joan de Pedro Gómez

Dr. Miquel Bennasar Veny

The sociologist is a person intensively, endlessly, shamelessly interested in the doings of men.
His natural habitat is all the human gathering places of the world, wherever men come together.
The sociologist may be interested in many other things.
But his consuming interest remains in the world of men, their institutions, their history, their passions.

Invitation to sociology

Berger

A veces, en la vida, pasa lo mismo:
la dificultad de la pendiente te hace olvidar
que no paras de progresar y subir.
Si tú me dices ven lo dejo todo...Pero dime ven

Albert Espinosa

Agradecimientos

Sin la ayuda y el apoyo de todas las personas nombradas aquí estoy completamente segura de que esta tesis no sería posible.

En primer lugar quiero agradecer tanto a la Universitat Autònoma de Barcelona como a la Universitat de les Illes Balears toda mi formación previa tanto en Sociología como en el Master de Cognición y Evolución Humana, está claro que sin todos los profesores que me han guiado a lo largo de mi proceso de aprendizaje nunca habría llegado hasta aquí.

Sin ninguna duda, debo agradecer muchísimas cosas a mis tres directores de tesis. En primer lugar a Joan De Pedro por brindarme la oportunidad de trabajar en este proyecto ya que sin su primer impulso esta tesis no sería posible. También por permitirme el honor de dirigir todos los grupos de discusión. En cualquier trabajo de investigación me apasiona la fase de recogida de datos y, la verdad, estar en un proyecto tan bien pensado que contaba con una primera fase cuantitativa y una segunda cualitativa, con una cantidad enorme de grupos de discusión y con un diseño tan innovador para mí ha sido impresionante.

Agradecer también a Miguel Bennasar su apoyo incondicional ya que en los momentos de mayor flaqueza cuando no creía demasiado en mis posibilidades él consiguió animarme a continuar con el proyecto y entusiasmarme con él.

Pero sobre todo mi especial agradecimiento a Jordi Pericàs por su paciencia conmigo, sus constantes correcciones, su perfeccionismo y su ayuda, por todas las charlas en las que en el fondo, más que hablar de la tesis hablábamos sobre el sentido

existencial de la vida. He aprendido muchísimas cosas de él y estoy segura de que las seguiré aprendiendo en los años venideros.

También quiero agradecer a todos los miembros del equipo de investigación su ayuda tanto en la recopilación como en la triangulación de los datos: Guillem Artigues, Susana González, Marta Alonso, Patricia Gómez, Rosa M^a Adrover, Cati Perelló, Jesús Molina, Angélica Miguélez y Miguel Ángel Rodríguez.

Por supuesto, tienen mi especial agradecimiento todas las enfermeras que han participado en los grupos de discusión ya que sin ellas este proyecto sería totalmente imposible. Me encantó realizar los grupos y al final de ellos muchas de ellas me dieron las gracias pero, la verdad, es que en todo momento sentía que tendría que ser yo la que les agradeciera a ellas el poder conocer una pequeña parte de su profesión.

Por otra parte tengo que agradecer a mi familia todo el apoyo que me han prestado siempre, pero en especial para la realización de esta tesis. A mi padre, Pedro Seguí, por enseñarme que cualquier cosa que otro haya hecho también puedo hacerla yo y por ayudarme en creer en mí misma ante todo. A mi madre, Susana González, por su insistencia y su apoyo para acabar esta tesis y porque sin ella no habría descubierto en primera instancia el mundo de la enfermería. A mi novio, Jawad Mtairag, por su paciencia, por su apoyo, por sus constantes ánimos, su implicación total en el tema y su fe ciega en que yo era capaz de esto y mucho más. Sin ninguna duda no lo podría haber hecho sin él. Y, sobre todo, a mi hermano Eliseo Seguí que ha aguantado siempre paciente todo lo relacionado con esta tesis desde los inicios del proyecto y es mi apoyo incondicional, sean cuales sean las circunstancias.

También quiero agradecer su apoyo a mis amigas tanto las de Barcelona (Marina, Maria Antònia, Txetxi, Gemma y Sònia) como a las de aquí (Ira, Ángela, Pris y Cate) así como al resto de mi familia, en especial a mi primo Josué Orellana que me ha diseñado la fantástica portada y a mi primo Borja Orellana por ser siempre como es. En general quiero agradecer su apoyo a todas aquellas personas a las que en algún momento les he dicho que no podía venir porque estaba trabajando en la tesis y me han dado ánimos para seguir haciéndolo. Gracias por vuestra comprensión.

Muchísimas gracias a todos porque en realidad el conjunto de todas las personas que conoces son lo que te hacen ser como eres, conseguir tus proyectos y seguir adelante. Gracias de todo corazón.

Resumen

Pese a que múltiples estudios muestran la eficiencia de la Práctica Basada en la Evidencia en enfermería puesto que disminuye la variabilidad clínica, aumenta la calidad del sistema sanitario, reduce los gastos y mejora los cuidados proporcionados al paciente, actualmente en España se produce una escasez de adherencia a la evidencia científica en el entorno hospitalario. Existen pocos estudios en la actualidad que se centren en explorar la percepción que las enfermeras tienen sobre los factores que afectan a la implementación de la evidencia en la práctica diaria.

Esta tesis pretende conocer las actitudes y conocimientos que presentan las enfermeras de atención hospitalaria sobre la aplicación de la evidencia científica en su práctica clínica diaria y los factores que influyen en la misma. Para ello se han llevado a cabo cinco grupos de discusión formados por enfermeras de diferentes hospitales de Mallorca. Posteriormente se han triangulado los datos obtenidos bajo el paradigma de la teoría crítica, extrayendo las principales categorías significativas.

Las enfermeras de atención hospitalaria conocían a grandes rasgos lo que era la evidencia científica, aunque no se obtuvo en ningún caso una definición completa de la misma. La principal ventaja señalada fue el aumento de la autonomía, pese a que se identificaron estructuras fuertemente jerarquizadas dentro de la organización. Para que se lleve a cabo una correcta implantación de la evidencia es necesario el aumento de la formación de las enfermeras en temas de investigación con la intención de ser capaces de seleccionar la mejor evidencia disponible, más tiempo dentro de la jornada laboral para la realización de investigación, buenas guías de práctica clínica y contar con líderes que impulsen el trabajo basado en la evidencia dentro de la unidad. Para ello es necesario contar con coordinadoras formadas en

estrategias de *coaching* y dirección de equipos así como, contar también con el apoyo de la organización.

Así, pese a que las enfermeras de atención hospitalaria presentan una predisposición favorable hacia la implementación de nueva evidencia en su práctica diaria fueron identificadas múltiples barreras que necesitan ser subsanadas, fundamentalmente promoviendo y apoyando la evidencia desde las estructuras organizacionales del hospital.

Abstract

Most often, studies report on the efficiency of evidence-based practice in nursing, since it decreases clinical variability, increases the quality of the health system, reduces expenses, and improves patient care. In this respect, however, Spain lacks commitment to scientific-based evidence in the hospital sector nowadays. Indeed, there are very few studies that currently examine how nurses feel about the factors affecting the implementation of evidence-based practice.

Therefore, the present thesis aims to unveil both the knowledge and attitudes that hospital nurses have towards the application of scientific evidence in their daily clinical practice, as well as the factors that influence it. Thus, for that purpose, five discussion groups composed of nurses from different hospitals in Mallorca have been set up. Subsequently, the data obtained under the paradigm of the Critical Theory have been triangulated, thus extracting the meaningful categories.

Apparently, hospital nurses roughly knew what scientific evidence means, although no complete definitions could be obtained in this regard. At any rate, the main advantage proved to be the increase of autonomy, notwithstanding the fact that highly hierarchized structures were identified inside the organisation. Then, in order to carry out a proper implementation of the evidence, it is necessary to improve nurse training in terms of investigation. In other words, it involves enhancing their ability to select the best evidence available, allowing them more time to invest in research during their working hours, providing them with better clinical practise guides, and counting on leaders who foster evidence-based work inside their division. By the same token, it is also important to rely on coordinators trained both in coaching strategies and team management, as well as welcome support from the organisation.

Hence, in spite of the hospital nurses' favourable predisposition towards the application of new evidence in their daily practice, there seems to be several barriers that need to be amended by promoting and supporting the evidence from the organizational structures of the hospital.

Estructura de la tesis doctoral

La tesis que se presenta a continuación consta de dos partes. Una primera parte en la que se expone una argumentación y búsqueda bibliográfica sobre la importancia de la Práctica Basada en Evidencia en enfermería y una segunda parte en la que se muestran los resultados empíricos que se desprenden de la investigación realizada.

En el primer capítulo se hace hincapié en la importancia de la implementación de la evidencia científica en la práctica clínica de la enfermería en el contexto hospitalario. Para ello se explora en profundidad el concepto de la Práctica Basada en Evidencia en enfermería, sus orígenes, los elementos fundamentales que la componen así como las principales ventajas y limitaciones que presenta. Por otra parte, se analizan los estudios previos tanto cuantitativos como cualitativos que se han llevado a cabo partiendo de la situación mundial global hasta llegar hasta el contexto más concreto de España, Islas Baleares y Mallorca. También se analiza la situación de la investigación en enfermería en España, puesto que supone un paso previo para la implementación de la evidencia.

En el segundo capítulo se exponen los objetivos de la tesis, tanto el general como los específicos, que se centran en conocer la actitud, los conocimientos y los aspectos que influyen en las enfermeras de atención hospitalaria para la aplicación de la evidencia científica en su práctica diaria desde la perspectiva de la teoría crítica. Así, se argumenta la elección del paradigma y su relación con la Enfermería Basada en la Evidencia.

A continuación, en este segundo capítulo, se exponen los métodos de recogida de datos que se han utilizado a través de la utilización de grupos de discusión, los antecedentes del estudio explicando la fase cuantitativa del estudio y los principales datos obtenidos y la financiación del mismo. Se expone también el proceso de selección de participantes a través de un muestreo teórico, los criterios de segmentación utilizados para la composición de los grupos y el proceso de análisis a través de la agrupación de los datos obtenidos en categorías significativas así como su posterior triangulación mediante la utilización del programa Atlas.ti 5.5. Por último en este capítulo se exponen las limitaciones de la recogida de datos a través de la técnica de los grupos de discusión.

En el capítulo tres se presentan los resultados obtenidos agrupados en seis grandes familias, cada una con sus correspondientes categorías. La primera familia recibe el nombre de *conceptualización de la evidencia*; en ella se exponen los conocimientos que las enfermeras presentan sobre el concepto de evidencia así como su actitud frente a la implantación de la misma. La segunda familia recoge todas aquellas opiniones sobre la investigación y recibe el nombre de *requisitos para investigar*. La tercera agrupa las *relaciones interprofesionales*, que se centraron exclusivamente en la relación que las enfermeras mantienen con el colectivo de médicos. En la cuarta se recogen las *relaciones con la institución*, exponiendo tanto los facilitadores como las barreras que las enfermeras piensan que las organizaciones hospitalarias tienen con respecto a la aplicación de evidencia. En la quinta familia se agrupan aquellas opiniones correspondientes a la *visión negativa de la profesión de enfermería*. Por último, en la sexta familia se presenta las *visiones de futuro* que tienen las participantes con respecto a la Enfermería Basada en Evidencia.

El cuarto capítulo se centra en la argumentación de los resultados comparándolos con literatura científica y con estudios previos sobre la temática, estableciendo relaciones entre los resultados obtenidos y estudios anteriores así como toda la literatura científica previa.

En el quinto capítulo se exponen las conclusiones obtenidas del análisis de los resultados de la tesis y de su comparación, concluyendo, de forma general, que pese a que las enfermeras de atención hospitalaria presentan una actitud favorable hacia la implementación de la Práctica Basada en la Evidencia son muchas las barreras que se encuentran al tratar de llevarla a cabo en sus centros de trabajo.

Por último, se presenta la bibliografía consultada así como los apéndices donde se pueden encontrar los datos sociodemográficos de las participantes en los grupos de discusión, el modelo de encuestas utilizado en la parte cuantitativa del estudio y la financiación del mismo, entre otros documentos.

Índice

Resumen.....	1
Estructura de la tesis doctoral	5
Índice de figuras.....	12
Tabla de Acrónimos.....	13
Capítulo 1 - Introducción	15
1. El por qué de esta tesis.....	22
2. La Enfermería Basada en la Evidencia	24
3. Ventajas y limitaciones de trabajar con Práctica Basada en Evidencia.....	30
4. Investigaciones cuantitativas sobre la Práctica Basada en Evidencia.....	36
5. Investigaciones cualitativas sobre la Práctica Basada en Evidencia.....	41
6. La investigación enfermera en España	45
Capítulo 2 - Planteamiento experimental	55
1. Objetivos.....	55
1. 1 General.....	55
1. 2 Específicos	55
2. Marco teórico	57
2. 1 Orígenes de la teoría crítica	57
2.2 Planteamientos fundamentales de la teoría crítica.....	60
2. 3 La Enfermería Basada en Evidencia desde el paradigma de la teoría crítica ..	65
3. Metodología	71
3. 1 Método de recogida de datos: grupos de discusión	71
3. 2 Antecedentes del estudio	74
3. 3 Selección de participantes y criterios de segmentación.....	76
3. 4 Recogida de datos	79

3. 5 Análisis de los grupos de discusión	83
3. 6 Limitaciones de los grupos de discusión	84
Capítulo 3 - Resultados	87
1. Conceptualización de la Evidencia.....	89
1.1 Definición	89
1.2 Construcción de la evidencia	91
1.3 Capacidad de delimitar problemas de investigación	92
1.4 Búsqueda de evidencia	93
1.5 Diseminación de la Enfermería Basada en Evidencia	96
1.6 Ventajas de trabajar con Enfermería Basada en Evidencia	97
1.7 Barreras al uso de evidencia	98
1.8 Facilitadores en el uso de evidencia	104
2. Requisitos para investigar.....	106
2.1 Necesidad de Recursos	107
2.2 Facilitadores	109
2.3 Barreras.....	110
2.4 Justificación de la actividad investigadora	112
2.5 El investigador en enfermería.....	113
3. Relaciones interprofesionales	114
3.1 Relaciones con los médicos	114
4. Relaciones con la institución	123
4.1 Diferencias de punto de vista.....	124
4.2 Vacío de gestión	126
4.3 Falta de comunicación	134
4.4 Falta de recursos	136

4.5 Evaluación de la implementación	143
4.6 Propuestas de mejora	148
4.7 Gestión	150
4.8. Facilitadores de Práctica Basada en Evidencia por la institución.....	155
5. Percepción negativa de la profesión	156
5.1 Frustración	156
5.2 Agotamiento.....	157
6. Visiones de futuro con respecto a Enfermería Basada en Evidencia.....	158
6.1 Esperanzas en la nueva formación de grado	158
Capítulo 4 - Discusión.....	161
Capítulo 5 - Conclusiones.....	199
Capítulo 6 - Bibliografía.....	203
Anexos	231

Índice de figuras

Figura 1: Recogida de datos y criterios de segmentación para la realización de los grupos de discusión.....	79
Figura 2: Número de participantes en los grupos de discusión por género.....	80
Figura 3: Datos sociodemográficos de los participantes en los grupos de discusión	81
Figura 4: Distribución gráfica de familias.....	88
Figura 5: Conceptualización de la evidencia.....	89
Figura 6: Requisitos para investigar.....	106
Figura 7: Relaciones interprofesionales.....	112
Figura 8: Relaciones con la institución.....	123
Figura 9: Percepción negativa de la profesión.....	156
Figura 10: Visiones de futuro con respecto a Enfermería Basada en Evidencia....	158

Tabla de Acrónimos

MBE Medicina Basada en la Evidencia

EBE Enfermería Basada en Evidencia

CEPOC Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group

CIE Consejo Internacional de Enfermeras

CED Cobertura a través del Desarrollo de la Evidencia

SNS Sistema Nacional de Salud

GPC Guías de Práctica Clínica

PBE Práctica Basada en Evidencia

ACE Academic Center for Evidence-based Practice

EBPQ Evidence Based Practice Questionnaire

NWI Nursing Work Index

AP Atención Primaria

CEIC Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears

BOE Boletín Oficial del Estado

Capítulo 1 - Introducción

Uno de los graves problemas que afectan a la prestación de servicios sanitarios a la población es la alta variabilidad clínica que se da en la aplicación de cuidados y tratamientos (Fernández & Richard, 2012; Moreno, 2007; Ojeda, 2006). Ésta puede responder a hechos justificados como son las diferencias de los sistemas de salud, las diferencias en las características de la población, las preferencias del paciente o del profesional cuando existe más de una opción científicamente aceptada. Pero habitualmente también se da una variabilidad clínica injustificada que se define como aquella que no aporta beneficios, es perjudicial para los pacientes o implica una asistencia sanitaria de mala calidad. Una de las consecuencias más directas de este segundo tipo de variabilidad es la denominada variabilidad geográfica que consiste en que según el lugar de residencia, el centro o el profesional que le preste la atención, un paciente tendrá una probabilidad distinta de recibir un determinado servicio o procedimiento, produciéndose resultados de salud distintos ante pacientes o situaciones similares (Fernández & Richard, 2010). En la variabilidad clínica existe, por tanto, un componente dependiente del entorno y de las condiciones específicas de trabajo, pero a la vez se observa este segundo componente difícilmente explicable que en algunos casos puede ser una consecuencia directa de la arbitrariedad y que tiende, por lo tanto, a deteriorar la calidad de los cuidados, producir un efecto lesivo sobre el crédito profesional y cuestiona la eficiencia del sistema. En muchas ocasiones este segundo tipo de variabilidad clínica se debe a que el manejo de la información científica en el ejercicio práctico de la medicina y la enfermería siempre ha sido problemático, debido en parte a la existencia de una información torpe, inútil

y no validada en la práctica y, por otra parte, a la presencia de espacios o lagunas de información necesaria que nunca se rellenan (Gómez, 2002).

En el caso concreto de la enfermería, en numerosas ocasiones la práctica clínica se basa en la incertidumbre. El desempeño de la profesión de enfermera¹ en España durante muchos años no se ha basado en evidencias científicas, sino que se ha apoyado en la tradición y la experiencia sumándose a ello una falta de autoridad para cambiar modelos organizacionales y una falta de formación en investigación y lectura crítica de artículos (García, 2012). La labor de cuidar en la disciplina enfermera se encuentra anclada en un inductismo ingenuo que provoca que no se aplique el mejor conocimiento científico de forma sistemática (Díaz, Álvaro, Campo, Saavedra, & Cabrera, 2007). Las enfermeras conocen y utilizan poco los hallazgos de la investigación, lo que conduce a prácticas derivadas de la experiencia clínica, de fuentes de información inaccesibles, y de información incorrecta o no actualizada que deriva directamente en la utilización de protocolos y guías clínicas elaboradas con poca calidad y poco fundamentadas en los hallazgos de la investigación (Fernández & Richard, 2010) aumentando, así, la variabilidad en los cuidados proporcionados al paciente.

En España, algunos investigadores han documentado la variabilidad en la práctica clínica utilizando la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria o los registros del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Alta Hospitalaria con resultados muy ilustrativos, demostrando altas tasas de variabilidad con respecto al mismo tratamiento en función del lugar de intervención clínica (Ricard, Ortún, Peiró, & López, 1998). Pero pese a todo, son muy pocos los estudios que se centren

¹ A lo largo de esta tesis, debe entenderse que el concepto “enfermera” o “enfermeras” engloba tanto a mujeres como a hombres que ejercen la profesión de enfermería, pese a que se ha optado por el uso de la nomenclatura en femenino.

concretamente en el estudio de la variabilidad en la práctica clínica en enfermería (Fernández & Richard, 2010).

En el ámbito médico, con la intención de reducir esta variabilidad en la práctica clínica, en la década de los ochenta apareció un nuevo paradigma llamado Medicina Basada en la Evidencia (MBE en adelante), del que se hablará con mucha más profundidad en el siguiente apartado de esta introducción. Como apunte podemos decir que el paradigma de la MBE defiende, ante todo, el uso de las mejores y más actuales evidencias científicas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Este paradigma, aplicado al ejercicio de la enfermería se ha denominado Enfermería Basada en Evidencia (EBE en adelante). La EBE persigue la integración de resultados de investigación relevantes en la toma de decisiones de la enfermera para el cuidado de un grupo de pacientes o un servicio de salud concreto, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes de forma que se consiga el máximo beneficio de resultados en salud (Morales, 2005). Así, la incorporación a la práctica clínica de la información procedente de la investigación, la actualización permanente del profesional y la incorporación constante de conocimiento, constituirían el proceso clave que permitiría la disminución de la variabilidad clínica en el tratamiento (Gómez, 2002).

Desde sus inicios, la EBE ha sido favorecida por la existencia de varias iniciativas cuya finalidad es promover la utilización de los resultados de investigación en la práctica clínica. El 1997 se celebraron en el Reino Unido las primeras conferencias nacionales e internacionales sobre EBE. En 1998 se inició la publicación de las revistas *Evidence Based Nursing* y *Outcome Management for*

Nursing Practice y se crearon también los centros de *Evidence Based Nursing* (Alonso et al., 2004). Por otra parte, existe el Grupo Cochrane para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas (*Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, CEPOC de ahora en adelante) consistente en una red internacional de más de 28.000 personas de 100 países diferentes dedicados a la realización de revisiones sistemáticas sobre evidencia científica para ayudar a todos los componentes del sistema sanitario a tomar decisiones informadas sobre asuntos relacionados con el cuidado y la salud (www.cochrane.org).

Debido a estas conferencias y grupos de investigación que promueven la evidencia científica en la práctica clínica, son muchos los países que actualmente muestran preocupación por la implantación de la EBE con la intención de disminuir la variabilidad en las decisiones clínicas y aumentar, así, la eficiencia y la eficacia de su sistema sanitario. Por ejemplo, el grupo CEPOC ha publicado ya varias revisiones bibliográficas sobre trabajos que analizan la efectividad de las estructuras organizacionales para promover la EBE en los servicios sanitarios de todo el mundo (Flodgren, Rojas, Cole, & Foxcroft, 2012; Foxcroft & Cole, 2003). Pese a la cantidad de títulos encontrados por el CEPOC que cumplían los criterios de inclusión por título tanto en la primera revisión (6.300 trabajos publicados) como en la segunda (12.531 trabajos publicados), sólo uno cumplía los requisitos de evaluación de la promoción de la EBE por parte de las estructuras organizativas (Flodgren et al., 2012). Pese a todo, queda de manifiesto el interés que tienen las estructuras organizacionales sanitarias en implantar la EBE en sus estructuras hospitalarias y en realizar una evaluación de la misma ya que el número de publicaciones que versan sobre el tema es muy elevado.

Por otra parte, cabe destacar que el código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, de ahora en adelante) para la profesión de enfermería (Consejo Internacional de Enfermeras [CIE], 2012) remarca que las enfermeras deben mantener sus competencias mediante una formación continuada. Asimismo la enfermera también debe contribuir activamente al desarrollo del núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación favoreciendo la práctica basada en pruebas. El CIE también incluye otras recomendaciones y definiciones para la profesión de la enfermería presentando elementos que claramente sólo pueden conseguirse a través de la implantación de la EBE.

Sumándose a esta corriente, en diferentes países de Europa se han llevado a cabo iniciativas en las cuales desde los sistemas políticos, se ha fomentado la aparición de hospitales basados en sistemas de Cobertura a través del Desarrollo de la Evidencia (CED en adelante). El objetivo principal de los CED consiste en proveer a los hospitales de nuevas tecnologías clínicas sustentadas en la previa recopilación de evidencia científica. A través del análisis previo de la evidencia se conoce la cobertura real de esa determinada tecnología de forma que la evidencia científica sustenta el desarrollo tecnológico del hospital. Este tipo de hospitales se han implantado en Alemania, Francia y Reino Unido demostrando que la inclusión de nueva tecnología clínica sustentada en evidencia científica reduce la variabilidad en la práctica clínica de forma considerable ya que proporciona a la vez la tecnología y la justificación para su utilización (Martelli & Van den Brink, 2014).

En España, en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad [MSPSI], 2010) se puede observar una clara inclinación hacia la implantación de la EBE ya que para mejorar

la calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS, de ahora en adelante), recomienda, por una parte, analizar la evidencia sobre la efectividad de las estrategias de promoción de la salud y prevención primaria y, por otra, impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas a través de la descripción, sistematización, análisis y comparación de la información sobre políticas de salud. Por otra parte, promueve la realización de auditorías para controlar la calidad de los cuidados proporcionados, evaluando los procedimientos y las tecnologías utilizadas. Estas auditorías pretenden garantizar la aplicación de los tratamientos más eficientes, la realización de investigación y la implantación de nueva evidencia científica. Con la intención de mejorar la práctica clínica específica que se deberían proponer iniciativas para disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica, impulsar la utilización de Guías de Práctica Clínica (GPC en adelante) y facilitar el acceso a información de calidad.

Las GPC son un elemento fundamental para la práctica de la EBE, ya que proporcionan a los profesionales clínicos fundamentos científicos claves para llevar a cabo su práctica clínica aumentando de esta manera la consistencia, la eficiencia, la efectividad, la calidad y la seguridad de sus actuaciones, disminuyendo al mismo tiempo la variabilidad de los tratamientos proporcionados (GPC, 2009; Martín, 2008). Las GPC recogen una síntesis de la evidencia disponible acerca de un problema clínico concreto facilitando, de esta manera, la disseminación de los resultados de investigación y suelen ser accesibles para cualquier profesional o usuario favoreciendo así el uso de la evidencia científica en la práctica clínica (Morales et al., 2003).

Debido a la importancia que tienen para la EBE las GPC, en España se ha llevado a cabo el Proyecto Guía Salud, apoyado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, que tiene la función de evaluar las GPC y difundirlas a través de un portal web así como ofrecer apoyo metodológico a las organizaciones que llevan a cabo GPC y desarrollar un programa formativo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSPSI], 2010). A través del proyecto se pretende proporcionar a los profesionales el instrumento clave para llevar a cabo *la transferencia del conocimiento –la mejor evidencia científica disponible- a la práctica* (Grupo de Trabajo sobre implementación de GPC [GPC], 2009).

Pese a todos estos esfuerzos políticos y de difusión de la EBE, numerosos estudios demuestran la escasez de adherencia a la evidencia en el entorno sanitario actual, siendo así que muchas de las prácticas que se llevan a cabo están desfasadas en relación con la evidencia científica existente (Díaz et al., 2007). En un estudio realizado por Rodríguez y Paravic (2011) la mayoría de las enfermeras encuestadas presentaban un bajo nivel de conocimientos sobre EBE, poca lectura crítica de los artículos científicos publicados en revistas y ninguna implementación de los resultados de las diversas investigaciones, ya fuese en el entorno clínico o docente. Pancorbo, García, Soldevilla, y Martínez (2008) determinaron en un estudio multicéntrico el grado de conocimiento que las enfermeras tenían de una serie de treinta y siete recomendaciones sobre el mejor cuidado de úlceras por presión, resultando como peor conocidas cuestiones fundamentales sobre el tema como el masaje en zonas enrojecidas, el uso de almohadilla tipo “roscó” o de antisépticos idóneos. Con respecto a las GPC, pese a que su incorporación a la práctica clínica de las enfermeras es muy importante, existen determinantes que hacen que éstas no se apliquen tales como los valores previos de los profesionales, el predominio del

criterio de la tradición o la experiencia previa y la intuición o el sentido común. Esto implica que para la implantación real de las GPC sean de vital importancia las técnicas de difusión utilizadas siendo mucho más útiles las acciones formativas específicas que las medidas de tipo pasivo (Morales et al., 2003).

Por todo lo expuesto hasta aquí, queda claro que la EBE es un paradigma que permite reducir la variabilidad en la práctica clínica a través del uso de la mejor evidencia científica disponible aumentando la calidad, la eficiencia y la eficacia de los tratamientos y del sistema sanitario en general. La implantación de la EBE en el SNS español supone, por lo tanto, una estrategia fundamental desde el punto de vista político y organizacional. Pese a todo y tal como ya hemos señalado, la adherencia a la evidencia científica y su aplicación en el ámbito de enfermería se encuentra muchas veces en entredicho pese a su importancia. Por tanto, el objetivo principal de esta tesis es el estudio de los factores facilitadores y las principales barreras que las enfermeras identifican en el entorno hospitalario para aplicar la EBE en su práctica clínica diaria, lo que supone un elemento fundamental a tener en cuenta para aumentar la calidad del sistema de salud basando los cuidados en el mejor conocimiento disponible y respetando los valores del paciente.

1. El por qué de esta tesis

Personalmente considero especialmente relevante el estudio de este fenómeno ya que, pese a los esfuerzos políticos realizados para la reducción de la variabilidad clínica ésta sigue dándose en el sistema sanitario español. Como socióloga siempre me han interesado las políticas sanitarias y los paradigmas teóricos dentro del sistema sanitario ya que representan uno de los pilares en cuanto a políticas sociales se refiere. La correcta utilización de la evidencia científica por parte de las

enfermeras constituye uno de los determinantes principales de la salud de la población y las consecuencias afectan al conjunto de la población de forma significativa ya que suponen la diferencia principal entre salud y enfermedad. Así, las enfermeras, que tienen una relación de cuidado más directa con los pacientes, realizarán unos mejores cuidados si aplican una mejor evidencia. El estudio de los factores que influyen en esta aplicación de evidencia resulta, por lo tanto, fundamental desde del punto de vista social.

Por otra parte, la sociología siempre se ha interesado en el estudio de las estructuras y políticas sociales y como éstas afectan en el individuo de forma concreta. En este caso, las estructuras y políticas puestas en marcha juegan un papel fundamental. La percepción que los individuos, en este caso las enfermeras, tienen sobre estas políticas y sobre como afectan en su práctica diaria resulta sumamente interesante desde el punto de vista sociológico ya que nos proporciona indicios de los factores que entran en juego a la hora de impulsar nuevas políticas o directrices dentro de estructuras fuertemente jerarquizadas como son los hospitales.

Así mismo, a nivel personal, mi vida ha estado relacionada con la enfermería desde que era una niña ya que toda mi familia tiene vínculos, en mayor o menor medida, con el mundo sanitario, empezando por mi abuelo, que era enfermero, pasando por mis tíos y tías, que son enfermeros, auxiliares de enfermería o técnicos sanitarios, hasta mi madre, que también es enfermera, y mi padre, que es gerente en una residencia de la tercera edad. Estos hechos han influido notablemente en mi vida y mi carrera profesional, haciendo que ya durante mis estudios de sociología y posteriormente en mi carrera profesional, las temáticas que más me interesasen fueran aquellas centradas fundamentalmente en el ámbito sanitario, provocando que

me preguntase de manera constante sobre aspectos relacionados con las políticas sanitarias y la profesión de enfermería.

Por último, siempre me ha interesado conocer como los profesionales de la salud construyen conjuntamente y justifican la utilización de determinadas técnicas. Las motivaciones que impulsan a las enfermeras a utilizar un determinado proceso de cuidado en detrimento de otro resulta, bajo mi punto de vista, de especial interés, ya que a través del conocimiento de estas construcciones sociales podrían impulsarse nuevas medidas políticas o estructurales que ayudasen a la implantación real de la EBE dentro del sistema de salud español de forma que se disminuyese la variabilidad en la práctica clínica igualando los tratamientos recibidos por los diferentes sectores sociales de la población e igualando, de esta manera, las condiciones de salud entre los distintos estratos de la sociedad.

2. La Enfermería Basada en la Evidencia

El objeto principal de esta tesis es conocer la actitud, los conocimientos y las percepciones que las enfermeras de atención hospitalaria tienen sobre la EBE y sobre las barreras y facilitadores que pueden influir en su implementación en los centros hospitalarios en los que trabajan. Cabe clarificar, por tanto, en primer lugar qué se entiende por EBE y de dónde viene dicho concepto.

Tal como se ha avanzado, la EBE es un paradigma que se desprende de la MBE el cual apareció como un conjunto de ideas razonables, aparentemente aceptables, y que fueron acogidas de buen grado ante un cierto sentimiento de caos en el conocimiento en medicina (Gálvez, 2000). En 1970, Cochrane señaló que los servicios de salud debían ser evaluados basándose en la evidencia científica existente

y no en las impresiones obtenidas en la práctica clínica diaria (Scott & McSherry, 2009). Pese a que la utilización del concepto se remonta a la mitad del siglo XIX en París, y el profesor Guyatt lo usó por primera vez en la literatura escrita en 1991 en el ACP Journal Club (Gálvez, 2000), no fue hasta 1996 cuando Sackett clarificó el concepto definiendo la MBE como *el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes* (Sackett et al., 1996). De esta manera, Sackett entiende la MBE no como un planteamiento literario del cuidado del paciente individual sino como un complemento entre la mejor evidencia externa combinada con el criterio clínico individual y las preferencias del paciente. Esa es la combinación que, según él, dará lugar a la aplicación de la MBE (Sackett et al., 1996).

La MBE se convirtió rápidamente en un movimiento popular dentro de la práctica médica ya que inicialmente contó con el apoyo de clínicos respetables que estaban seguros de su práctica y se sentían felices de ser retados y, por otra parte, de jóvenes clínicos, tanto médicos como enfermeras, que creían en el empoderamiento que la MBE supondría para ellos (R. Smith & Rennie, 2014). Su éxito inicial se sustenta, principalmente, en cuatro factores. En primer lugar, la consciencia de amplias variaciones en la práctica médica que muestran variaciones aparentemente arbitrarias en la forma de práctica médica entre países, centros sanitarios y profesionales. En segundo lugar la preocupación por la efectividad de las prácticas médicas, que adquiere una relevancia cada vez mayor a causa de las constantes innovaciones tecnológicas que no obstante tienen un impacto cada vez menor sobre la mejora de la salud. En tercer lugar, la especial relevancia que han tomado en los últimos tiempos las políticas de contención de costes y, por último, la mayor facilidad para acceder a la información (Meneu & Ortun, 2011).

La MBE se compone, así, de cuatro elementos fundamentales. El primero es la investigación, que tiene principalmente un carácter experimental y consiste en el uso consciente de la mejor prueba que aporta la investigación. El segundo es la experiencia del clínico, que engloba todos aquellos conocimientos que el profesional adquiere a través de los años de ejercicio de su profesión. El tercer elemento son las preferencias o valores de los pacientes, es decir, aquellos cuidados que van a hacer que el paciente se sienta mejor en su situación. Y por último, los recursos disponibles en el momento de la intervención. La relación e interacción de estos cuatro elementos son los que forman la base de la filosofía de la evidencia científica en la práctica clínica (Gálvez, 2000).

En enfermería el término fue definido en el año 2000 por Ingersoll, el cual propuso que la EBE es el *consciente, explícito y juicioso uso de la teoría, llevando a cabo una búsqueda de información específica para tomar decisiones sobre el cuidado de los individuos y grupos de pacientes atendiendo a sus necesidades individuales y sus preferencias* (Beyea & Slattery, 2013).

En 2002, en Granada, se celebró la I Reunión sobre EBE donde se la definió como *el uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la medicina basada en la evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico* (Alonso et al., 2004).

Pese a que en numerosas ocasiones el término Práctica Basada en Evidencia (PBE, en adelante) se utiliza como sinónimo de EBE, existen diferencias entre uno y otro concepto. En realidad ambos conceptos forman parte de un todo ya que mientras

que la EBE consistiría en la realización de la búsqueda sistemática de toda la literatura disponible sobre un tema determinado, la PBE se define como la implementación real de los resultados de las investigaciones en el campo de trabajo. De esta manera la PBE incluye, además de la búsqueda bibliográfica, la experiencia previa con la que cuenta la enfermera debido a su trayectoria profesional así como las preferencias concretas del paciente con respecto al tratamiento elegido (Scott & McSherry, 2009).

El proceso de la PBE se compone de cinco etapas integradas dentro de un proceso dinámico y continuo que surge de la interacción entre el paciente/cliente y la enfermera. La primera está constituida por la formulación de una pregunta de investigación que surge a raíz de la práctica clínica. La segunda consiste en la búsqueda bibliográfica a través de fuentes de información de calidad en las que se obtenga la mejor evidencia científica disponible (Rodríguez & Paravic, 2011). Para poder llevar a cabo de manera correcta esta segunda fase es necesario disponer de un acceso a las fuentes de información tales como bases de datos, publicaciones primarias y secundarias así como tener habilidades para el uso y la explotación de las estrategias de búsqueda bibliográfica (Alonso et al., 2004). En la tercera etapa debe efectuarse una evaluación crítica de los hallazgos encontrados clasificando las fuentes de información (Rodríguez & Paravic, 2011). En esta lectura crítica deben valorarse la metodología y el diseño de los estudios de manera que se puedan objetivar aquellos criterios que dotan de calidad el diseño de la investigación (Alonso et al., 2004). En la cuarta etapa se lleva a cabo la implementación de las evidencias científicas encontradas, integrando la opinión del usuario y teniendo en cuenta sus opiniones (Rodríguez & Paravic, 2011). Para garantizar el éxito de la implementación es indispensable desarrollar estrategias, identificar las posibles

barreras y conocer las causas de fracaso más frecuentes. Tal y como se ha señalado en el apartado anterior, las GPC pueden representar una herramienta indispensable ya que son el nexo de unión entre teoría y práctica (Alonso et al., 2004). Para llevar a cabo la implementación de la evidencia deben tenerse en cuenta los elementos contextuales concretos en los que se quiere realizar la intervención. Por último, en la quinta etapa del proceso se evalúan las consecuencias de la intervención elegida para así obtener una retroalimentación continua entre investigación y práctica clínica (Rodríguez & Paravic, 2011). Una buena evaluación debe centrarse más en los resultados obtenidos que en el proceso y debe incluir una auditoría, es decir, debe examinarse la práctica y compararse con unos estándares establecidos (Alonso et al., 2004).

Para la implantación de PBE se han descrito cuatro modelos que ayudan a describir y visualizar el proceso:

- El modelo de Iowa que fue desarrollado en 1994 desde la Universidad de Iowa, los hospitales, las clínicas y el Colegio de Enfermería. Según este modelo, en primer lugar se identifica el problema al que se denomina *trigger*. A continuación se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica con la intención de encontrar una respuesta, si ésta no se encuentra en la literatura científica se diseña una investigación combinándola con el conocimiento previo y se desarrolla una guía de PBE. Posteriormente se evalúa la eficiencia de la misma (Alonso et al., 2004; Urra, Retamal, Tapia, & Rodríguez, 2010).
- El modelo de Stetler, fue definido en 1994 y se compone de seis fases: preparación o identificación de un estudio como respuesta a un problema,

validación consistente en el análisis de la validez del estudio, evaluación comparativa o análisis del resto de evidencia disponible para confirmar el valor del estudio, toma de decisión o análisis de la viabilidad y congruencia del estudio, traducción y aplicación, es decir, contemplación de los detalles específicos de la aplicación práctica y finalmente evaluación o medición de los resultados (Stetler, 1994).

- El modelo de Rogers que fue desarrollado en 1995 y que está constituido por las cinco etapas siguientes: *el conocimiento* consistente en el aprendizaje o la realización por parte de las enfermeras de una propuesta novedosa de investigación, la capacidad de *persuasión* que el nuevo conocimiento tiene sobre las enfermeras que depende directamente de la ventaja relativa que supone la innovación con respecto a la situación anterior y afectará a la rapidez con la que la nueva práctica se implantará, la *compatibilidad* con valores, experiencias y la prioridad actual de las necesidades, la capacidad de llevarlo a cabo y la observación de si la nueva práctica tiene ventajas considerables. En la etapa de *decisión* se adopta o excluye la novedad propuesta. La etapa de la *puesta en práctica* incluye la elaboración de un plan detallado para la aplicación. Por último en la etapa de *confirmación* que consiste en el establecimiento de un período de la evaluación y reajuste o de exclusión de la práctica (Alonso et al., 2004).
- El modelo ACE Star ha sido desarrollado por el *Academic Center for Evidence-based Practice* (ACE) de la universidad de Texas y es el más reciente. Este modelo se centra en la organización de los procesos de PBE

dentro de un marco en el que las relaciones se definen a través de funciones. El modelo permite ver cómo se mueve el conocimiento desde su identificación hasta su aplicación en la práctica clínica. Se organiza en cinco etapas de transformación del conocimiento: descubrimiento del conocimiento (investigación original), síntesis o resumen de la evidencia, traducción en recomendaciones clínicas, puesta en práctica y evaluación. La principal diferencia con los modelos anteriores es el resumen de la evidencia donde se sintetizan varios estudios en una sola declaración sobre el estado del conocimiento en un tema concreto. En la etapa tres se desarrollan GPC y la etapa cinco implica la evaluación de los efectos en términos de eficacia (www.acestar.uthscsa.edu).

Sea cual sea el modelo de aplicación de la EBE cabe destacar la novedad de sus planteamientos, ya que al situar el cuidado como eje central de la práctica enfermera y al impulsar la elección de la mejor evidencia científica posible para los problemas que se plantean a raíz de la práctica clínica, genera una serie de notables ventajas que benefician tanto la eficiencia como la efectividad de la práctica enfermera.

3. Ventajas y limitaciones de trabajar con Práctica Basada en Evidencia

Tal y como ya se ha señalado, la mayor ventaja de trabajar con PBE para la enfermería es la unificación de los criterios a la hora de llevar a cabo un determinado proceso o cuidado, reduciendo de esta manera la variabilidad clínica puesto que las enfermeras en muchos casos proveen cuidados en un clima de gran incertidumbre que puede provocar que se produzca, ante una situación clínica similar, prácticas

profesionales diferentes sin una fundamentación sólida basada en conocimientos procedentes de resultados de investigación (Melnik, Fineout-Overholt, Stillwell, & Williamson, 2009). El trabajo con PBE reduce esta variabilidad en los cuidados proporcionando, de esta manera, unas directrices claras a la hora de aplicar determinados cuidados clínicos.

Otra ventaja del uso de la PBE que ayuda a mejorar los cuidados clínicos proporcionados al paciente es que puede ser entendida como vehículo de transmisión de resultados de investigación científica así como foro de discusión entre profesionales y usuarios sobre la toma de decisiones en materia de salud, proporcionando definiciones sobre la calidad de los cuidados e intervenciones sanitarias y constituyendo un referente para la toma de decisiones en la planificación de los recursos sanitarios (Morales, 2003).

Al trabajar con PBE se tienen en cuenta las preferencias y los valores de los pacientes, implicando a los mismos en el proceso de cuidados clínicos y proporcionándoles voz en la toma de decisiones. De esta manera, si la evidencia científica presenta dos o más procesos que son igualmente beneficiosos para el paciente, éste será el encargado de expresar sus preferencias con respecto a la intervención elegida. Este hecho puede ayudar a disminuir los prejuicios y maximizar los beneficios hacia el paciente, al tomar las mejores decisiones sobre su cuidado (Alonso et al., 2004). La participación de los pacientes en las decisiones sobre su salud pueden tener una influencia positiva tanto en la salud del paciente como en los resultados de la asistencia ya que una mayor implicación de los pacientes en las decisiones y una mejor comprensión de los riesgos y beneficios asociados a las distintas alternativas eficaces da lugar a una interacción más

provechosa con los profesionales sanitarios y una mayor adherencia a los tratamientos por parte del paciente (Meneu, 2005). Así, un paciente activo que se implica en la toma de decisiones de forma informada y consciente supone una mejora para la sociedad en general, ya que el paciente es más consciente de su problema estando más comprometido con la mejora de su salud, se muestra más colaborador con sus médicos, gestiona de forma más efectiva y eficiente el tratamiento clínico de su enfermedad, puede ayudar a otros pacientes a ejercer mejor sus derechos y por tanto contribuye, a la mejora de la calidad de los servicios de salud (Jovell, Navarro Rubio, Fernandez, & Blancafort, 2006).

El trabajo con PBE ayuda también a mejorar la gestión del presupuesto sanitario ya que contribuye a la restauración del ideal utópico de poder asignar el dinero ahorrado a la mejora de la eficiencia en otro nivel del sistema (Ortega & Cayuela, 2002). Al tomarse decisiones más eficientes y con una menor variabilidad en los tratamientos se promueve una mejor utilización de los recursos monetarios para investigar en las áreas que necesitan una mayor atención. Algunos ejemplos tales como el caso de la enfermera investigadora Harriet Kitzman en los Estados Unidos de América demuestran que el uso de evidencia puede ayudar a la reducción de costes, la mejora de los servicios y la influencia directa en las políticas sanitarias llevadas a cabo en un determinado país. Esta investigadora demostró que se producían considerables mejoras en la salud de las mujeres embarazadas con bajos ingresos si se invertía en su formación sobre la salud prenatal y el desarrollo en la infancia. La implantación de un programa basado en estos supuestos, nueve años después supuso una mejora considerable en la salud de la población así como un ahorro a largo plazo en el sistema sanitario de Estados Unidos (Moosvi & Levin, 2013).

Por otra parte, cuando las enfermeras trabajan con PBE mejoran su experiencia al incrementar la autonomía en su trabajo y obtienen un mayor nivel de satisfacción en su práctica diaria. Asimismo mejora notablemente su empoderamiento, disminuye las *ratios* de absentismo laboral y mejora la calidad de los cuidados de salud (Melnik et al., 2009).

Para que el poder que ejercen las enfermeras en el ámbito sanitario aumente, es importante que éstas participen en la toma de decisiones en las instituciones y políticas sanitarias de forma visible (Miró, 2010). La PBE puede favorecer esta visualización de las enfermeras en la esfera pública, ya que las dota de una argumentación coherente basada en evidencias científicas. Por otra parte, la ayuda a la toma de decisiones sobre los cuidados que proporcionan a diario, afecta positiva y directamente a los pacientes y a su salud. Cuando estas decisiones se toman de manera estructurada y basadas en evidencia, la enfermera cuenta con herramientas que le permiten defender su decisión frente otros profesionales sanitarios (Traynor, Boland, & Buus, 2010), suponiendo, por lo tanto, una estrategia de poder al contar con las herramientas necesarias para argumentar sus decisiones.

Pese a todas las ventajas señaladas, la PBE presenta riesgos. Algunos autores defienden que la PBE promueve un único método de investigación, el cual valida solamente aquellas publicaciones que han seguido métodos cuantitativos para su realización. Así, se promueve una visión del mundo como una realidad objetiva e independiente del ser humano que la observa de forma que la visión de la realidad y del conocimiento pasa a ser simplista. Asimismo, promueve una polarización de la realidad y una visión totalitarista del conocimiento, ya que simplifica la realidad científica a aquellos investigadores que realizan las búsquedas siguiendo los criterios

establecidos por la EBE y aquellos que no. Por otra parte, dentro de las investigaciones cuantitativas, también se establece una jerarquización de los trabajos en función de las revistas o bases de datos en las que aparezcan dando prioridad a aquellas que se basan en el paradigma postpositivista de la investigación, llegando a tildar la EBE de una estructura fascista (Holmes, Murray, Perron, & Rail, 2006). Así, la mayor crítica que estos autores realizan a la EBE es que deja de lado todas aquellas investigaciones que se basan en métodos cualitativos defendiendo que, este tipo de investigaciones serían muy adecuadas para progresar en el conocimiento científico en enfermería al facilitar el conocimiento empático y suponer una forma de expandir la evidencia basándose en un entendimiento más holístico de la situación así como de la salud y la enfermedad proporcionando además puntos de vista subjetivos que serían de especial relevancia para el conocimiento de las enfermeras (Galvin & Todres, 2011).

Otra de las principales críticas realizadas a la EBE, que en este caso viene de la mano de McCrae, es que la esencia de la práctica enfermera son las relaciones interpersonales, la enfermera como agente de cambio. Mientras que la evidencia dice lo que se podría hacer, es la ética la que marca aquello que se debería hacer, por lo tanto, una adherencia total a las directrices marcadas por la evidencia podrían llevar a tratamientos que se podrían considerar como inmorales en determinadas situaciones. En muchos casos la preocupación excesiva por la efectividad que tiene la PBE hace que la práctica clínica no se oriente hacia el usuario y se deje de lado el coste social de oportunidad. En conclusión, la propuesta de McCrae también se enfoca hacia la realización de investigaciones con tendencias más cualitativas que cuantitativas, combinando las técnicas de forma que el conocimiento científico de la enfermería avance en todos sus aspectos (McCrae, 2012a). Hay que tener en cuenta que las

metodologías cualitativas permiten la comprensión de las experiencias humanas y, por lo tanto, proporcionan a las enfermeras un conocimiento de gran riqueza y una profundización en la naturaleza de los seres humanos que enriquecen el cuerpo de conocimientos de la profesión (De la Cuesta, 1997).

Por otra parte, otra de las críticas asociadas a la PBE es su rigidez en el sentido de que muchas veces la libertad clínica puede verse afectada por las GPC que se difundan o por los servicios disponibles para uso que el centro sanitario haya decidido comprar, perdiéndose a menudo la perspectiva de la calidad cuando se implanta la PBE. El punto de vista del paciente es importante pero también lo es el coste social de oportunidad del tratamiento aplicado, es decir, en ocasiones se tendrán que calcular los beneficios de una decisión diagnóstica y los beneficios para el paciente de una decisión terapéutica teniendo en cuenta que la evidencia disponible para este tipo de decisiones en la práctica clínica presentarán una variabilidad considerable ya que la evidencia sobre la efectividad de los servicios clínicos tienen inferencias ambiguas y las implicaciones sanitarias y clínicas de unos mismos conocimientos sobre efectividad difieren. Este sesgo crece considerablemente cuando se abandona el terreno de los servicios clínicos y se pasa al de la salud pública (Meneu, Ortún, & Peiró , 1998).

Así, las principales críticas que se atribuyen a la PBE son la simplificación de la realidad, la jerarquización de las investigaciones y la exclusión de determinados métodos de investigación, principalmente cualitativos. Pese a que no puede negarse la realidad de estas críticas el elemento más importante de la PBE es que supone una poderosa herramienta para la promoción de las mejores prácticas así como una guía para los cuidados de enfermería. Por lo tanto, podríamos decir que la PBE es

necesaria aunque no suficiente para el conocimiento en cuidados de la salud (Porter & O'Halloran, 2009). Es por ese motivo que deberían promoverse todas aquellas iniciativas en la investigación en enfermería que sean innovadoras, que rompan con la investigación exclusivamente cuantitativa y promuevan otros puntos de vista (Bradbury-Jones & Herber, 2011).

Después de todo lo expuesto, lo ideal sería abogar por una implantación real de la PBE en las unidades clínicas. Sin embargo, ésta debería ser complementada con otro tipo de investigaciones más subjetivas sobre los cuidados, para así conocer en profundidad otros aspectos importantes como las preferencias de los pacientes o las razones subjetivas que las enfermeras perciben como favorables o limitantes a la hora de aplicar una PBE real en su puesto de trabajo. Así, la PBE exige de una acercamiento holístico que permita una descripción más comprensiva del conocimiento enfermero proporcionando un amplio abanico de posibilidades de investigación a este colectivo (Alonso et al., 2004).

4. Investigaciones cuantitativas sobre la Práctica Basada en Evidencia

Debido a la popularidad de la corriente y la importancia que la PBE podría tener para el futuro de la enfermería, se ha tratado de implantar en muchos hospitales del mundo. Algunos investigadores, por su parte, han realizado estudios sobre la implantación, funcionamiento y particularidades concretas de la PBE. Estos estudios son en su gran mayoría cuantitativos y hacen hincapié en diferentes aspectos.

En Suecia, por ejemplo, se ha investigado sobre como las enfermeras con menos de dos años de experiencia llevan a cabo su práctica clínica basándose en la

PBE a través de una encuesta realizada a 987 enfermeras noveles y concluyendo que pese a los esfuerzos realizados por los programas universitarios en enfermería hacia la aplicación de la PBE su implementación supone para las organizaciones un proceso lento y complejo en el cual tienen mucho que ver los factores contextuales y el rol de las enfermeras dentro de la organización (Bostrom, Ehrenberg, Gustavsson, & Wallin, 2009).

En Gran Bretaña han investigado aquellos factores que contribuyen a promover el uso de la EBE a través de una encuesta a 855 enfermeras llegándose a la conclusión de que las enfermeras utilizan diferentes fuentes de evidencia científica. Las habilidades que presentan frente a la PBE varía en función de su experiencia y aquellas que poseen masters creen estar mejor preparadas para llevar a cabo la PBE que aquellas que tienen cualificaciones inferiores, así, de este estudio parece desprenderse que para llevar a cabo la PBE es necesario fomentar el estudio de masters entre las enfermeras clínicas (Gerrish, Guillaume, et al., 2011).

En Israel se llevó a cabo un trabajo cuantitativo a través de encuestas en el que se investigó como las relaciones entre el personal de enfermería y los factores profesionales influían en la PBE. Se concluyó que aquellas enfermeras que tenían más estudios llevaban a cabo una mejor PBE. También influían, el acceso a una buena biblioteca y revistas médicas, las oportunidades de tener acceso libre a un ordenador con Internet en el lugar de trabajo y el grado de apoyo organizacional prestado a la hora de implantar una PBE real (Mashiach, 2011).

En Estados Unidos se ha indagado a través de encuestas, sobre como las enfermeras que realizan sus cuidados en domicilios particulares llevan a cabo la PBE, concluyendo que para que estén realmente basados en la EBE sería necesario

desarrollar programas educacionales enfocados a su mejora (Delaney, Apostolidis, Lachapelle, & Fortinsky, 2011). En Estados Unidos también se ha investigado sobre las percepciones, actitudes y habilidades que las enfermeras presentan frente la PBE mediante una encuesta que respondieron 422 enfermeras a través de la cual se concluyó que las principales barreras para aplicar la EBE son el tiempo y los conocimientos, mostrando una relación significativa entre la aplicación de PBE y aquellas enfermeras mejor formadas (Koehn & Lehman, 2008).

En Canadá se ha investigado sobre como las enfermeras especialistas seleccionan la mejor evidencia científica para aplicar en su práctica diaria mediante una encuesta telefónica respondida por 94 enfermeras en la que se concluyó que las enfermeras utilizan principalmente literatura altamente especializada y la experiencia personal previa como principales fuentes de evidencia (Profetto-McGrath, Negrin, Hugo, & Smith, 2010). También en Canadá se ha investigado sobre el rol que las políticas organizacionales tienen en la PBE a través de un cuestionario anónimo en el que se concluyó que las enfermeras guían su práctica en función de las políticas y los procesos de la organización. Pese a eso, la existencia de políticas y procesos organizacionales no garantiza la PBE ya que existen otros aspectos de la organización que influyen de manera directa en la aplicación por parte de las enfermeras de la PBE (Squires, Moralejo, & Lefort, 2007).

Tras todos estos ejemplos de investigación cuantitativa sobre la PBE alrededor del mundo cabe destacar que el cuestionario más importante y más utilizado para evaluar la PBE en un contexto concreto ha sido el *Evidence Based Practice Questionnaire* (EBPQ en adelante) desarrollado por Upton & Upton (2006) y que consiste en el análisis de tres subcategorías: práctica, conocimientos y

habilidades y actitudes frente a la EBE (C. E. Brown, Wickline, Ecoff, & Glaser, 2009). El EBPQ ha sido utilizado en numerosos países tales como Estados Unidos (C. E. Brown et al., 2009), Noruega (Dalheim, Harthug, Nilsen, & Nortvedt, 2012), Gran Bretaña (Gerrish, Ashworth, Lacey, & Bailey, 2008), Australia (Leach & Gillham, 2008) o España (S. González et al., 2012), realizando validaciones concretas para cada uno de los países (De Pedro et al., 2009b; Leach & Gillham, 2008; Rice, Hwang, Abrefa, & Powell, 2010; Weston, 2009). Así, a través de esta herramienta los investigadores tienen la oportunidad de analizar los mismos aspectos de la PBE, hecho que permite la comparabilidad entre países. De esta forma, han sido identificadas barreras como la falta de tiempo y de autonomía (C. E. Brown et al., 2009), la falta de formación (Dalheim et al., 2012) o los años de experiencia laboral (Gerrish et al., 2008) apuntando hacia barreras similares para la PBE en el ámbito internacional (Gea Sánchez, 2010).

Otro de los cuestionarios más utilizados a nivel mundial para la evaluación de la PBE es el *Nursing Work Index* (NWI, en adelante) creado por Kramer y Hafner en el año 1989. Este cuestionario se elaboró con la intención de conocer las percepciones de los profesionales de enfermería en relación a la presencia de la organización en su ámbito de trabajo (Havens, Labov, Faura, & Aiken, 2002). El NWI se compone de 65 ítems agrupados en cinco subcategorías que son la participación de las enfermeras en los asuntos del centro hospitalario; el fundamento de la calidad de los cuidados; la capacidad, el liderazgo y el apoyo a las enfermeras por parte de los gestores; la dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos; finalmente, las relaciones entre médicos y enfermeras (Lake, 2002). Este cuestionario ha sido utilizado en varios países sufriendo modificaciones, seleccionando ítems de cada una de las subcategorías mencionadas o analizando

exclusivamente algunas de las subcategorías y dejando de lado el resto. Este cuestionario se ha aplicado en países como Estados Unidos (Lake, 2002), Canadá, Reino Unido, Alemania y España (De Pedro et al., 2009a; Havens et al., 2002) así como en entornos muy concretos, como el de las enfermeras asiáticas que trabajan en Estados Unidos (Liou & Cheng, 2009). Los resultados obtenidos en los diferentes estudios realizados determinan como las organizaciones influyen en el entorno de las enfermeras y de forma general se concluye que son necesarias herramientas de evaluación continuas que obliguen a las organizaciones a verificar si cumplen los estándares de calidad mínimos recomendados (Havens et al., 2002).

En España, en el marco de investigación previo a esta tesis y de la mano de nuestro grupo, se llevó a cabo una de las principales investigaciones cuantitativas para el análisis de la PBE que consistió en la implementación de dos cuestionarios en el entorno sanitario de las Islas Baleares, el NWI con la intención de evaluar los elementos que las enfermeras identificaban como obstáculos en las diferentes organizaciones para llevar a cabo una PBE y el EBPQ con la intención de identificar los elementos que eran percibidos como obstáculos personales para la implantación de una PBE (De Pedro, 2011). Participaron 1.753 enfermeras del ámbito hospitalario y de Atención Primaria (AP, en adelante) de Baleares, llegando a la conclusión global que la mayor influencia sobre la PBE percibida por las enfermeras es el apoyo de los gestores de enfermería (De Pedro Gomez et al., 2011) y que las profesionales con más años de experiencia reflejaban un mayor desconocimiento de la PBE (S. González et al., 2012).

5. Investigaciones cualitativas sobre la Práctica Basada en Evidencia

Con el fin de tener una visión global, cabe destacar algunos estudios cualitativos que se han llevado a cabo con la intención de esclarecer las realidades subjetivas que facilitan o dificultan la PBE.

En Suecia se ha investigado la participación de los pacientes en el cuidado proporcionado por parte de enfermería en los servicios de urgencias y AP a través de veintitrés entrevistas a pacientes con enfermedades crónicas concluyendo que los pacientes se implican más en sus cuidados en la medida que sienten que su implicación es valorada por los profesionales (Flink, Ohlen, Hansagi, Barach, & Olsson, 2012).

En Gran Bretaña se han desarrollado varias investigaciones cualitativas sobre EBE. En 2004 se publicó un artículo sobre como enfermeras, médicos y personal asociado al ámbito de AP llevaban a cabo sus decisiones sobre el cuidado de los pacientes a través de un estudio etnográfico que utilizaba como métodos la observación no participante, entrevistas semiestructuradas y análisis de documentos. La principal conclusión apuntó como clave principal para la aplicación de nueva evidencia, la importancia de tener en cuenta la existencia de redes tanto formales como informales (Gabbay & le May, 2004). En un estudio más reciente se ha investigado sobre las herramientas utilizadas por las enfermeras avanzadas para promover el uso de la EBE en los hospitales a través de veintitrés entrevistas a profesionales de AP y hospitales y mediante la observación de las prácticas que llevaban a cabo, concluyendo que los factores que mejoran activamente los procesos de implantación de EBE y facilitan el cambio son el manejo del conocimiento, una mayor conectividad y la capacidad de construir conocimiento (Gerrish, McDonnell,

et al., 2011). En esta misma investigación se analizó el papel de las enfermeras avanzadas frente a las enfermeras de primera línea a la hora de llevar a cabo la PBE, concluyendo que pese a que las enfermeras avanzadas están mejor formadas en cuanto a liderazgo para la implantación de la EBE es necesario el apoyo organizacional e interpersonal para que este se pueda llevar a cabo de forma satisfactoria (Gerrish et al., 2012).

En Irán, se llevó a cabo un estudio cualitativo con la intención de evaluar la percepción de las enfermeras sobre la PBE a través de entrevistas semiestructuradas a veintiuna enfermeras concluyendo que pese a que las enfermeras mostraban una actitud favorable hacia la PBE la evidencia disponible tenía poco que ver con su práctica del día a día y, por lo tanto para que ésta pudiese ser implantada se necesitaría un mayor apoyo organizacional y educativo (Adib-Hajbaghery, 2009).

En Estados Unidos se llevó a cabo un estudio para examinar las barreras percibidas por las enfermeras a la hora de utilizar evidencia para en el proceso de toma de decisiones. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, observaciones y auditorías identificando como principales barreras, una excesiva complejidad para interpretar y utilizar la evidencia, la falta de apoyo organizacional, la falta de credibilidad de las investigaciones y la falta de habilidades y motivación para realizar sus propias investigaciones (McCaughan, Thompson, Cullum, Sheldon, & Thompson, 2002). También se realizó un estudio cualitativo sobre los facilitadores y las barreras organizacionales en diferentes hospitales de Estados Unidos entrevistando a quince coordinadoras² de enfermería de los hospitales y concluyendo que para la aplicación

² A lo largo de la tesis, al hablar de “coordinadora” o “coordinadoras” se engloba a todas aquellas enfermeras que ejercen el rol de supervisión dentro de la unidad hospitalaria, ya sean “coordinadoras” o “supervisoras”, ya que la misma función recibe diferentes nomenclaturas en los distintos hospitales que forman parte del estudio.

de la PBE es fundamental la sostenibilidad del sistema refiriéndose a los fondos monetarios como una de las barreras fundamentales (Parsons & Cornett, 2011).

En Canadá se realizó un estudio piloto cualitativo entrevistando a siete enfermeras clínicas especialistas sobre las fuentes que utilizaban para la PBE, su práctica concreta y el rol que ellas tenían con la PBE, concluyendo que la literatura era su fuente principal de evidencia así como la experiencia previa. Por otra parte, trataban de tener en cuenta la opinión del resto de enfermeras, familiares y pacientes para tomar sus decisiones. Las principales barreras identificadas fueron la falta de tiempo, de recursos y la falta de apoyo institucional (Profetto-McGrath, Smith, Hugo, Taylor, & El-Hajj, 2007).

En Australia se llevó a cabo una investigación sobre las fuentes de información que las enfermeras utilizaban y su percepción sobre la accesibilidad y la utilidad de las mismas para llevar a cabo la toma de decisiones en situaciones específicas. Se realizaron grupos focales y se concluyó que el acceso a la información no era fácil para las enfermeras y que, por otra parte, la variabilidad de la información en situaciones concretas contribuía a la incertidumbre clínica (Marshall, West, & Aitken, 2011).

Pese a todos estos ejemplos, la investigación cualitativa con respecto a la PBE es mucho menos abundante en comparación con la investigación cuantitativa, tal y como hemos podido observar.

En el caso de España podemos encontrar contados ejemplos sobre este tipo de investigación. En Murcia en 2007, Sánchez, Madrigal, Sánchez, Menárguez, y Aguinaga (2010) realizaron un estudio sobre la opinión de médicos de familia sobre

la MBE llevando a cabo dos grupos focales. La principal conclusión fue que pese a que los médicos mostraban una actitud positiva frente a la MBE pocos eran los que la utilizaban en su consulta aduciendo como barreras principales la falta de tiempo y de incentivos.

En 2013 se publicó un estudio cualitativo sobre los obstáculos percibidos por las enfermeras para la PBE a través de once entrevistas semiestructuradas a enfermeras de hospitales de Jaén y Córdoba. Como principales obstáculos se identificaron aquéllos relacionados con los propios profesionales, tales como prácticas ancladas en la rutina, actitudes reacias o carencias formativas, y aquéllos relacionados con el contexto social, tales como conductas de oposición de otros profesionales y pacientes y obstáculos organizacionales. Se concluyó que para la implantación de la PBE es fundamental un cambio en la cultura de las organizaciones sanitarias para motivar a los profesionales y romper con las actitudes de resistencia (Sánchez García, López Medina, & Pancorbo, 2013).

Por otra parte, se ha publicado también un artículo cualitativo sobre la percepción que las enfermeras españolas de AP tienen sobre la implementación de la PBE en su puesto de trabajo. Este estudio forma parte de una investigación más amplia de la que surge esta tesis y ahonda, a través de cinco grupos de discusión formados por enfermeras de AP de Mallorca, sobre los conocimientos, el desarrollo, las ventajas y las barreras que perciben las enfermeras a la hora de aplicar la PBE así como las estrategias de búsqueda y disseminación de evidencia que utilizan, concluyendo que parece necesario un entrenamiento especializado del personal de enfermería para poder implementar la PBE en un contexto tan específico (Pericàs, González, De Pedro, Morales, & Bennasar, 2014).

De esta forma, pese a que hemos podido encontrar algunos ejemplos sobre investigación cualitativa sobre la PBE en España ésta es reciente y escasa, lo cual supone un nicho considerable sobre el que investigar para profundizar en todos los aspectos asociados con la implantación de la PBE en los hospitales de nuestro país.

6. La investigación enfermera en España

Llegados a este punto, parece de especial relevancia señalar, que en enfermería el conocimiento teórico o científico basado en la investigación se ha visto en muchos casos restringido por una falta de preparación previa para investigar. La disciplina enfermera parece haber fallado a la hora de desarrollar una teoría distintiva, coherente, un conocimiento para la práctica que acompañase a la técnica teniendo en cuenta los elementos éticos del cuidado (McCrae, 2012a). La dificultad principal se ha dado a la hora de establecer su relación con la ciencia debido al déficit del vínculo entre realidad y abstracción constituyendo un importante problema de disociación entre estructuras categorizadas y sus correspondientes realidades (Siles, 1997), es decir, entre las estructuras definidas por el conocimiento científico y las realidades que las enfermeras encuentran día a día en su trabajo.

Este hecho, ha provocado que en muchos casos el colectivo de enfermeras se centrara únicamente en sus propias investigaciones, dejando de lado como ajenas todas aquellas investigaciones que no eran clasificadas como “puramente enfermeras”. Así, las investigaciones en enfermería han acabado basándose únicamente en aquellas asociadas a contextos puramente clínicos, dejando de lado todas aquellas prácticas cuyo foco de interés abarca la salud pública o la atención comunitaria (Martínez & Monforte-Royo, 2012). Por tanto, el ámbito de la investigación en enfermería ha sido restringido por el propio colectivo a temas

puramente clínicos que obviaban aquellos temas relacionados con la ética o las relaciones interpersonales, por otra parte tan importantes para la práctica enfermera.

La tradición investigadora en la enfermería española carece de diseños experimentales y, en los casos en los que se han llevado a cabo ensayos clínicos, éstos se han realizado con muestras demasiado pequeñas y con numerosos sesgos metodológicos (Gálvez, 2003).

Debido a la escasa utilización y producción de investigación en el propio ámbito profesional, diversos autores han ahondado las barreras que las enfermeras encontraban a la hora de investigar. Las principales barreras percibidas en España han sido la falta de tiempo para la implementación de nuevas ideas y el desconocimiento de las investigaciones que se han llevado a cabo en enfermería (Moreno, Fuentelsaz, González, & Gil de Miguel, 2010). En otros estudios, además se han identificado el déficit de formación en investigación, la falta de recursos, así como de tiempo dentro de la jornada laboral, el escaso reconocimiento y apoyo por parte de la organización y la idiosincrasia del propio colectivo profesional (Oltra et al., 2007). En palabras de Hunt, a través de Morales, muchas enfermeras no comprenden los resultados de investigación, otras no se los creen, muchas no saben cómo hacer uso de ellos y a otras tantas no les está permitido hacer uso de los mismos (Morales, 2005).

En muchos casos, la investigación en enfermería en España ha adquirido un carácter voluntarista ya que se produce una infrautilización de los recursos disponibles que tienen al alcance y en casi todos los casos no se produce una financiación formal de las investigaciones que éstas llevan a cabo debido a numerosos mitos y complejos que aún persisten entre las enfermeras de nuestro país

y al hecho de que en numerosas ocasiones no están presentes en los ámbitos de decisión (García, 2012). La investigación en enfermería no es una actividad integrada en la práctica diaria puesto que las enfermeras no son liberadas de las tareas asistenciales de forma que desarrollan la actividad en su tiempo libre convirtiéndose en una actividad voluntarista (Tirado, 2007). Además en nuestro país no existe un sistema de carrera profesional que incentive realmente no ya la investigación, sino la formación y el reciclaje durante la vida laboral de la enfermera. En España existen 17 modelos diferentes de carrera profesional ya que cada comunidad autónoma aprobó uno distinto resultando todos poco incentivadores de la excelencia profesional premiando simplemente, la continuidad en el puesto de trabajo y es obvio que la mera antigüedad no puede constituir el único ni siquiera el primordial criterio de valoración (R. Pérez, 2012).

Según el Libro Blanco de los Recursos Sanitarios publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español en colaboración con la Universidad Rey Juan Carlos (2013), todo modelo de carrera profesional debería valorar los méritos profesionales, reconocer la cualificación profesional y constituir un elemento incentivador del personal. Debería, asimismo estimular y premiar la dedicación, la formación continuada y la calidad de los servicios prestados. Cualquier modelo de carrera profesional debería propiciar el tránsito de un viejo y obsoleto sistema de reconocimiento profesional basado fundamentalmente en la antigüedad, hacia un nuevo modelo en el que, la evaluación de méritos, los resultados y la resolución de los problemas, sean el eje central sobre el que grave la política de personal de las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Este mismo informe concluye que es necesario revitalizar la investigación en todas las profesiones sanitarias y ha de hacerse a varios niveles empezando por la

educación, la formación y la carrera profesional haciendo hincapié en la formación en el pensamiento crítico y en la metodología de la investigación que debe iniciarse en las facultades, antes de la especialización y la formación continuada.

A todos estos factores ya mencionados, se puede sumar que en nuestro país, la profesión enfermera lleva sufriendo una seria crisis de identidad, confianza y autopercepción durante bastantes años debido a una serie de causas objetivas tales como la escasez de profesionales, las tensiones interprofesionales o las propias condiciones de trabajo (Hernández, 2010). En el informe sobre los Recursos Humanos Sanitarios en España y la Unión Europea presentado en el año 2013 por el Consejo General de Enfermería de España se compararon los recursos de enfermería existentes en España con los del resto de países del entorno cercano europeo. Mientras que la ratio en la "Europa de los 28" era de 759 enfermeras por cada 100.000 habitantes la de España se situaba en 528 enfermeras (Consejo General de Enfermería [CGE], 2013). Estos datos implican que las enfermeras españolas tienen una mayor carga de trabajo ya que atienden a un mayor número de pacientes en comparación con la media de pacientes atendidos por las enfermeras pertenecientes a otros países europeos. Se han realizado numerosos estudios de alcance internacional que demuestran que hay una relación significativa entre las *ratios* de enfermera/paciente y los efectos adversos que aparecen en el paciente en los que la intervención de la enfermera tiene una vinculación directa (Morales, Morilla, & Martín, 2007). Esto se debe a que al tener que atender un mayor número de pacientes la calidad de los cuidados no puede ser la misma. Además, esta falta de recursos humanos en enfermería provoca un mayor desgaste profesional y un mayor estrés laboral que en muchos casos se traduce en el abandono de la profesión (Girbau, Galimany, & Garrido, 2012) y en el aumento del *burnout*. Éste último fue definido

por Maslach y Jackson como *un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas* y que en nuestro país puede darse, en gran medida debido a la falta de personal, el alto nivel de estrés en el trabajo así como en el entorno familiar al tratarse de una profesión claramente feminizada, el poco reconocimiento de las labores de enfermería por parte de la institución y el estrés que provoca la toma de decisiones continua a la que las enfermeras se enfrentan en su práctica clínica diaria (Arias et al., 2008).

A raíz de los problemas debidos a la escasez de enfermeras y a la insatisfacción en el puesto laboral en la década de los 70, en Estados Unidos surgió el concepto de Hospital Magnético acuñado por la Academia Americana de Enfermería que elaboró una investigación en la que se pretendían estudiar las características organizacionales que facilitaban o dificultaban la práctica enfermera en aquellos hospitales donde las enfermeras trabajaban de forma continuada durante más tiempo (López, 2004). Se examinó el grado de satisfacción personal y profesional, la autoimagen, la influencia del rol en la calidad del cuidado del paciente, la *ratio* médico/enfermera, la descentralización de la toma de decisiones, la calidad del liderazgo, la autonomía y responsabilidad en el cuidado del paciente y la flexibilidad de los horarios de trabajo, entre otras características (Lundmark, 2008). Pese a que en un primer momento se asoció este estudio únicamente a la satisfacción laboral, posteriormente se ha ampliado a la indagación de las consecuencias que estas características tienen para los resultados clínicos, demostrándose que los Hospitales Magnéticos presentan índices más bajos de mortalidad, mayor satisfacción de los pacientes con el cuidado enfermero y un entorno más seguro frente a accidentes laborales (López, 2004). Este tipo de acreditación de calidad sobre Hospitales

Magnéticos, poco a poco, se ha ido extendiendo a otras partes del mundo ya que las estrategias políticas de salud y gestión de servicios son elementos fundamentales para mejorar la PBE.

A pesar de lo expuesto, la crisis de la profesión enfermera también parece estar influenciada por causas subjetivas. En un importante estudio realizado en Estados Unidos por Gordon y Buresh (2006) sobre el papel de las enfermeras en la esfera pública se pone de manifiesto que las enfermeras representan una de las profesiones con unas funciones menos conocidas dentro del sector sanitario ya que no se habla de él en los medios de comunicación y, cuando se hace, a menudo se devalúa la actuación de aquellas enfermeras que se encuentran en contacto directo con el cuidado del paciente mientras que se ensalza la de aquéllas que realizan investigación o una actividad académica, contribuyendo con ello, al estereotipo social en el que se considera que aquellas que realizan los cuidados al paciente son “sólo enfermeras”. En la actualidad se reivindica de manera constante el trabajo de la enfermera y su voz en el entorno público y clínico con la intención de mejorar, así como la imagen pública de la misma. Se destaca la importancia de que sea visible el trabajo de la enfermera para así aumentar la calidad de los cuidados que ésta proporciona a través del uso de la PBE como un elemento que permita que otros profesionales sanitarios escuchen la voz de las enfermeras (Ivory, 2014; Sandberg, 2013).

En general, la imagen pública de la enfermería en España es excelente pero es más que probable que no sea la que a la enfermería le gustaría tener. El imaginario social asociado a la figura de la enfermera es, en general, una imagen mental que dista mucho de lo que sus profesionales quisieran proyectar como una disciplina

científica y social. En general, en España la imagen de la enfermera se asocia casi siempre a un profesional más práctico y asistencial que intelectual o educativo, una imagen con características de género y estereotipada (más femenina que masculina y más sumisa que activa) y que parece tener un reconocimiento en su área como personal autónomo, aunque su área de trabajo no está muy clara (Heierle, 2011). El principal problema que presenta el discurso enfermero actual es la definición de lo que atañe a la profesión enfermera, es decir, la definición de su trabajo como tal. De esta manera, resulta mucho más fácil definir y describir sus características culturales y sus prácticas laborales que sus contenidos disciplinares y su *locus* profesional (Hernández, 2010).

Por todos estos motivos y dado que la investigación en enfermería supone un paso previo fundamental para la PBE, se debería fomentar el trabajo con investigación científica, tanto en lo que se refiere a su realización así como en su uso diario, desde el currículo impartido por las universidades, ya que el papel de las enfermeras en el ambiente clínico se hace más relevante día a día (McCrae, 2012b). Además, deberían realizarse más investigaciones que indagaran sobre la percepción que las enfermeras tienen sobre la investigación, las inquietudes que presentan y sus habilidades para llevar a cabo investigaciones originales, innovadoras útiles y para el desarrollo de su campo profesional. De esta forma, la integración de la investigación como actividad enfermera es fundamental para favorecer el desarrollo y perfeccionamiento de los cuidados, ayudando en la toma de decisiones y mejorando la atención a los pacientes así como la administración de servicios y la docencia en enfermería, creando nuevos conocimientos que fortalezcan la dimensión práctica del profesional (Tirado, 2007).

Los nuevos horizontes en la investigación para la obtención de evidencia científica en enfermería apuntan hacia la integración del conocimiento a partir del análisis y de la síntesis propuesta en los estudios de metasíntesis cuantitativa y cualitativa añadiendo, a su vez, las peculiaridades sociales, culturales o institucionales en las que se utiliza el conocimiento (Gálvez, 2003). De esta manera, en su investigación, la enfermería debería abordar tanto el paradigma cualitativo como el cuantitativo con el fin de permitir la convergencia de resultados de un mismo objeto estudiado sin perder la orientación del método y estableciendo un eje integrador entre la investigación y la profesión (Triviño & Sanhueza, 2005).

Por lo tanto, resulta de especial interés analizar las opiniones que las enfermeras de atención hospitalaria tienen sobre la aplicación de la PBE en su práctica diaria ya su implantación supondría, tal y como hemos visto, considerables ventajas para la profesión enfermera así como para la calidad de los cuidados ofrecidos a los pacientes. Asimismo resulta importante conocer también las principales barreras y facilitadores que las enfermeras perciben a la hora de implantar la PBE en un determinado contexto ya que éstos podrían ayudar a impulsar nuevas políticas más adecuadas a la realidad estudiada. Por otra parte, resulta necesario analizar la opinión de las enfermeras clínicas en referencia a la investigación en su profesión ya que, tal y como se ha señalado a lo largo de esta introducción, supone un paso previo imprescindible para la implantación de la PBE. Por último, cabe destacar, tal y como se ha apuntado previamente, que cualquier investigación en enfermería debería tratar de integrar los paradigmas cuantitativos y cualitativos en la investigación con la intención de proporcionar una información completa sobre la complejidad de la realidad enfermera.

Los aspectos anteriormente mencionados, son los que abarca esta tesis, constituyendo el eje principal los conocimientos, la percepción y la actitud que las enfermeras de atención hospitalaria tienen sobre la implementación de la PBE en su práctica diaria.

Capítulo 2 - Planteamiento experimental

1. Objetivos

1. 1 General

Conocer la actitud, conocimientos y percepciones de las enfermeras de atención hospitalaria sobre la aplicación de evidencia científica a su práctica clínica diaria y los factores que influyen en la implementación de la misma.

1. 2 Específicos

1. Identificar qué entienden las enfermeras de atención hospitalaria entienden por Enfermería Basada en la Evidencia.
2. Conocer como obtienen, comparten y aplican la evidencia científica a su práctica diaria las enfermeras de atención hospitalaria.
3. Conocer los beneficios que las enfermeras de atención hospitalaria piensan que aporta a la profesión de enfermería trabajar con PBE.
4. Explorar los factores individuales y personales así como los institucionales que las enfermeras de atención hospitalaria reconocen como favorecedores y obstaculizadores en la aplicación de evidencia a su práctica diaria.
5. Conocer las condiciones que las enfermeras de atención hospitalaria consideran favorecedoras y obstaculizadoras para llevar a cabo investigaciones científicas.

6. Explorar la influencia de las relaciones de las enfermeras de atención hospitalaria con otros profesionales sanitarios y conocer cómo influyen en la aplicación de evidencia en su práctica diaria.
7. Detectar posibles intervenciones que favorecerían la realización y aplicación de la investigación científica por parte de las enfermeras clínicas en su práctica diaria.

2. Marco teórico

Esta tesis se ha planteado desde la perspectiva de la teoría crítica ya que ésta nos permite conocer el fenómeno de la PBE desde un enfoque que pretende explorar a fondo las actitudes, los conocimientos y las percepciones de las enfermeras. Bajo este paradigma el punto de vista de enfermería resulta fundamental ya que la teoría crítica se basa en la importancia del sujeto en la investigación y su papel como transformador activo de la realidad social. Así, tanto la opinión de las enfermeras sobre la aplicación de la PBE como la propuesta de nuevas estrategias que permitan una mejor implantación de la misma constituyen los elementos claves desde el punto de vista de la teoría crítica. Ésta se define como un paradigma transformador que trata de integrar la subjetividad del actor social en la investigación dotándola de importancia y permitiendo conocer así las estrategias, percepciones y sugerencias que las enfermeras proponen con respecto a la PBE.

Por estos motivos, la teoría crítica resulta el paradigma idóneo para utilizar en esta tesis ya que se ajusta a la perfección a los objetivos planteados permitiendo un análisis en profundidad de las percepciones, conocimientos y actitudes que las enfermeras de atención hospitalaria tienen sobre la PBE en su práctica diaria, los factores que influyen en la implementación de la misma y dota de importancia a las propuestas de intervenciones que éstas realizan.

2. 1 Orígenes de la teoría crítica

La teoría crítica surgió por las inquietudes de un grupo de neomarxistas descontentos con el enfoque que se le había dado a la teoría marxista durante la

década de 1970 y 1980. Estos investigadores pretendían, por lo tanto, llevar a cabo una reinterpretación y actualización de la teoría marxista.

El ideario marxista original supone que existe un proceso retroactivo continuo y una interacción mutua entre los diferentes sectores sociales. De esta manera todos los sectores que conforman la sociedad se influyen de manera directa y, por lo tanto, no pueden ser analizados de forma independiente sino que existe una dialéctica continua entre ellos. El problema principal que plantean los impulsores de la teoría crítica es que la teoría marxista se centró durante el período de la Segunda Internacional Comunista (de 1889 al 1914) en su aspecto más economicista, olvidando de alguna manera esta dialéctica entre los elementos presentes en la teoría marxista inicial (Ritzer, 2002).

La teoría marxista se ligó fundamentalmente desde sus inicios a los aspectos más economicistas de la sociedad y al concepto de trabajo. Para Marx una sociedad se define por su modo de producción, es decir, por la relación existente entre sus fuerzas productivas (recursos materiales y recursos humanos) y las relaciones de propiedad sobre dichas fuerzas. De estas relaciones nace la lucha de clases formada por actores colectivos donde, según el análisis que realiza de la sociedad capitalista, la clase obrera resulta ser el actor central (Montoussé & Renouard, 2001).

Para Marx, el trabajo suponía un sistema por el cual el ser humano podía llegar a ser autónomo y autorrealizarse. Consideraba que la esencia del ser humano era su carácter socializador y su capacidad de construir continuamente el mundo a través de sus acciones, considerando que estas dos características eran lo que lo diferenciaba del resto de especies animales. Marx criticaba el capitalismo en tanto que éste se definía como un sistema puramente mercantil relegando a un segundo

plano el valor del uso de los bienes. La riqueza humana se definía, por tanto, en el tiempo libre y de autorrealización activa que el ser humano podía conseguir a través del trabajo, que representaba una actividad orientada a un fin, si bien también la entendía, como una interacción social y un medio de comunicación. Defendía una sociedad en la que el trabajo no se considerase como un elemento alienante y monótono sino en la que el ser humano a través del trabajo libre se autorrealizase como tal. Pese a todo, este concepto de trabajo requería, según Marx, un esfuerzo y una autosuperación constante (Noguera, 2002).

Posteriormente las teorías marxistas han sido constantemente reinterpretadas debido a su potencial, ya que supusieron toda una revolución del paradigma teórico y filosófico de su época. El marxismo hegeliano, representado principalmente por Georg Lukács y Antonio Gramsci, supuso un intento de restaurar la dialéctica entre los aspectos subjetivos y objetivos de la vida social. Este interés fue el que sentó las bases para el desarrollo posterior de la teoría crítica (Ritzer, 2002).

Lukács remarcó principalmente la reinterpretación de dos conceptos: la reificación y la conciencia de clase. Para el primero se basó en lo que Marx había denominado como el fetichismo de la mercancía que se definía como el proceso por el cual los actores, es decir los integrantes de la sociedad, otorgan a las mercancías, es decir los productos manufacturados, y al mercado creado para ellas una existencia objetiva e independiente en la sociedad capitalista. Este concepto no se restringía única y exclusivamente a la economía sino que se aplicaba a todos los sectores de la vida social, de manera que a través del proceso que él denominó *reificación*, las personas llegan a creer que las estructuras sociales tienen vida propia y adquieren un carácter objetivo. En cuanto a la conciencia de clase, Lukács manifestaba que se trata

de una falsa conciencia ya que ésta implica una inconsciencia condicionada por la clase social a la que el individuo pertenece, que se encuentra totalmente ligada a la propia condición económica y sociohistórica. En la sociedad capitalista llega un momento en el que la conciencia de clase se hace consciente y es en ese momento que se produce una lucha de clases entre aquellos que quieren ocultar el carácter clasista de la sociedad y los que pretenden sacarlo a la luz. Para Lukács el proletariado, la clase obrera, aún no era consciente de su pertenencia a una clase social, cuando éste lo fuese sería capaz de actuar y destruir el sistema capitalista (Ritzer, 2002).

Gramsci, por su parte, criticó la teoría desarrollada por Marx principalmente por su carácter determinista. Aunque reconocía la existencia de regularidades históricas, rechazaba la idea de la inevitabilidad y el mecanismo de los desarrollos históricos. Mientras que Marx pensaba que la situación entre el proletariado produciría inevitablemente una revolución, para Gramsci esta revolución no era tan evidente si no estaba guiada por una ideología revolucionaria. Esta ideología sólo podía ser desarrollada por las élites de la sociedad que posteriormente la transmitirían a las masas que deberían realizar un acto de fe y asumir esta ideología como propia. De esta manera el concepto central de la teoría de Gramsci es la hegemonía definida como el liderazgo cultural que ejerce la clase dirigente. Así, mientras Marx atribuía la dominación a la economía y el poder estatal, Gramsci ponía el acento en el liderazgo cultural (Ritzer, 2002).

2.2 Planteamientos fundamentales de la teoría crítica

El paradigma de la teoría crítica surge en el marco de las ciencias sociales y se fundó oficialmente en Frankfurt, Alemania, el 23 de febrero de 1923 (Ritzer, 2002)

a partir de las teorías marxistas y las teorías del marxismo hegeliano representadas por los autores que se han expuesto anteriormente. Bajo este paradigma el conocimiento se entiende como una formación y constitución continua de la realidad en la que la separación entre el sujeto y la realidad se ven difuminadas. De esta manera la realidad se encuentra mediada por la experiencia y la práctica concreta de una época (Néstor, 2007).

Así, la contribución más relevante e innovadora de la teoría crítica es el esfuerzo que realiza para la reorientación de la teoría marxista en una dirección más subjetiva. En este sentido, se entiende que el sujeto forma parte de la realidad observada al igual que el investigador y que, por lo tanto, se influyen mutuamente en una construcción constante de la realidad social existente. De esta forma, se produce una dialéctica constante entre las estructuras y los componentes históricos que rodean el fenómeno social a estudiar. No puede comprenderse el objeto de estudio de una forma aislada sino que debe interrelacionarse con todos los aspectos que lo rodean para poder obtener una idea aproximada de la realidad (Ritzer, 2002). El investigador y el objeto de estudio están vinculados interactivamente de manera que la investigación se encuentra mediada por una serie de valores subjetivos (Guba & Lincoln, 2000) dando lugar a una interacción y una relación directa entre la teoría y la práctica que bajo ningún concepto debe separarse.

Por otra parte, uno de los focos principales de interés de la teoría crítica es la relación entre el conocimiento y los intereses humanos. Según Habermas, al que hoy en día se podría considerar como principal autor representante de la teoría crítica, los sistemas de conocimiento existen a nivel objetivo mientras que los intereses humanos son fenómenos más bien subjetivos (Ritzer, 2002). Esto se traduce en el hecho de

que mientras los sistemas de conocimiento que afectan al sujeto constituyen factores objetivos, los intereses concretos de los humanos son factores subjetivos y por lo tanto deben investigarse como tales. De esta manera, no se puede realizar un análisis totalmente objetivo de los factores que influyen en los intereses humanos sino que se debe tener en cuenta la percepción y opinión del sujeto para analizar esos factores, subjetivando de esta manera la investigación. El conocimiento se encuentra, por tanto, mediado por la experiencia y la praxis concreta de una época, así como por los intereses que existen en ella, de forma que las organizaciones conceptuales se constituyen en relación con el proceso cambiante de la vida en sociedad (Néstor, 2007).

Centrándonos ahora en la obra de Habermas, ya que es el autor que dota a la teoría crítica de mayor consistencia a día de hoy, el planteamiento de Marx se veía limitado por un reduccionismo categorial al centrarse, tal y como hemos señalado anteriormente, principalmente en el concepto de trabajo como factor diferenciador del ser humano (Ritzer, 2002). Para Habermas, Marx olvida otra dimensión del ser humano: la interacción social, y más concretamente la comunicación y el lenguaje. Por tanto, los seres humanos no sólo se autorrealizan mediante el trabajo sino también mediante procesos cooperativos de interacción que les permiten establecer fines comunes y coordinarse para llevarlos a cabo a través del lenguaje como herramienta esencial. Así, la interacción comunicativa con otros sujetos conscientes del contexto institucional de una sociedad es la que da lugar a la intersubjetividad dotando al individuo de una actitud participante y no sólo objetivante. De esta manera, Habermas recompone el paradigma de la teoría social crítica bajo el prisma del paradigma comunicativo ya que éste para él resulta más amplio y comprensivo

puesto que los fenómenos sociales se encuentran siempre lingüísticamente mediados (Noguera, 1996).

Para Habermas cada vez que nos comunicamos se dan cuatro condiciones que dotan de validez el discurso: 1) la pretensión de verdad, lo que el comunicador expresa ha de ser verdadero; 2) la pretensión de rectitud normativa, lo que el sujeto dice se adecua a las normas morales que rigen ese tipo de interacción; 3) la pretensión de veracidad, es decir el sujeto es fiable, sincero; 4) el comunicador dispone del derecho a expresar sus opiniones. Estas pretensiones no son puestas en cuestión abiertamente en el proceso de comunicación permitiendo, así, la vida social (Ritzer, 2002). Cuando estas pretensiones se cuestionan públicamente se hace necesario defender o criticar el punto de vista expuesto con argumentos que convencan a los demás, creando un discurso a través del cual pueda alcanzarse un nuevo consenso que permita coordinar lingüísticamente la acción y así es como se genera la racionalidad en el discurso. De esta forma la racionalidad a la que el autor se refiere tiene sentido dentro de un contexto marcado a partir de ciertas circunstancias históricas y sociales que permiten procesos sociales tan cotidianos como la socialización, la integración social o la legitimación (Noguera, 1996).

Para abordar el estudio de la sociedad Habermas elabora una teoría compuesta por dos elementos principales: el sistema y el mundo de la vida. El mundo de la vida son todos aquellos ámbitos en los que no existe una estructura formal y los actores sociales se relacionan entre ellos en base a un saber de fondo común que se da por supuesto. Habermas defiende que se puede alterar y trascender el mundo de la vida que nos viene dado, es decir, los individuos no tienen porque aceptar de forma acrítica las tradiciones sino que son capaces de implantar nuevas formas de vida cuyo

mundo de la vida esté estructurado de tal manera que permita que la racionalidad comunicativa domine sobre el seguimiento acrítico de las normas (Noguera, 1996). De esta forma, la racionalización de la acción comunicativa conduce, para Habermas, a la liberación de la dominación de la comunicación produciendo una comunicación libre y abierta (Ritzer, 2002). Conforme la racionalización avanza la sociedad se va haciendo más compleja y diferenciada y se van creando medios sistémicos que operan sobre los individuos siendo éstos independientes de su voluntad. Un ejemplo claro de esto sería el medio sistémico que representa el poder en el ámbito administrativo. Al no atender estos medios a los procesos lingüísticos y comunicativos el mundo de la vida se ve distorsionado por procesos ajenos que perturban las funciones de reproducción simbólica generando patologías sociales, como por ejemplo la burocratización excesiva en el ámbito administrativo, y este fenómeno toma el nombre de colonización del mundo de la vida por el sistema (Noguera, 1996).

Cabe señalar que el objetivo último de la investigación bajo el paradigma de la teoría crítica es el de la crítica y transformación de las estructuras sociales, políticas, culturales y económicas (Guba & Lincoln, 2000). Mientras que en otros paradigmas, como por ejemplo el del positivismo, lo que se busca es una simple explicación del fenómeno, la teoría crítica busca transformar la realidad, que a raíz de la investigación se descubran puntos de vista subjetivos de los propios sujetos de investigación que a la práctica permitan una transformación de la realidad. Los hallazgos en investigación se encuentran mediados por los valores tanto del investigador como de los participantes, por lo tanto, la metodología utilizada en la investigación requiere que se produzca una transformación de su ignorancia y se

conciencie a los participantes a cambiar las condiciones de su contexto gracias al diálogo racional propiciado en la investigación (De la Cuesta, 1997).

Todo lo expuesto refuerza el hecho de que la teoría crítica pueda resultar un paradigma teórico de gran utilidad en esta tesis ya que los objetivos planteados tienen la pretensión de conocer el punto de vista subjetivo de las enfermeras, tratando a éstas como agentes activos del fenómeno estudiado y no como simples observadoras del mismo. Por otra parte, la investigación pretende averiguar y conocer posibles transformaciones que se podrían llevar a cabo en el contexto estudiado de forma que no se limite a una simple exposición de características de la implantación de la PBE sino que permita dotar de herramientas para operar en él. Metodologías cualitativas tales como los grupos de discusión fomentan la comunicación, la argumentación y la racionalidad entre los sujetos produciendo discursos intersubjetivados que permiten conocer aquellos factores o ideas que forman parte del mundo de vida de las enfermeras y que, por lo tanto, ellas dan por supuesto. Por último, la teoría de Habermas sobre el sistema y el mundo de vida nos puede permitir comprender mejor el sistema administrativo y las estructuras burocráticas que rigen el sistema sanitario y como éstas influyen en la PBE.

2. 3 La Enfermería Basada en Evidencia desde el paradigma de la teoría crítica

Esta tesis se basa en el estudio de la percepción, los conocimientos y las actitudes que las enfermeras de atención hospitalaria tienen sobre la implantación de la PBE y, pese a que se enfoca desde el paradigma de la teoría crítica, resulta de vital importancia conocer los inicios filosóficos que impulsan la EBE así como las principales objeciones que se realizan a ésta desde la teoría crítica. El conocimiento de estos elementos permite ser conscientes de todas las ventajas que tiene enfocar la

EBE desde un nuevo paradigma teórico para intentar, así, corregir las limitaciones filosóficas que presentó en sus inicios.

El fundamento filosófico de la EBE es el positivismo lógico o el neopositivismo. Se podría considerar que los principales exponentes de esta corriente de pensamiento son Russell y aquellos autores pertenecientes al Círculo de Viena (Hans Reichenbach, Felix Kaufmann y Otto Weininger entre otros). Russell se centró fundamentalmente en estudios sobre la lógica matemática y se le considera el principal propulsor del atomismo lógico, es decir, la defensa de la existencia de hechos elementales asociados entre ellos a través de relaciones lógicas. Creía que el lenguaje perfecto se construía a través de proposiciones simples basadas en la experiencia que, mediante la lógica, pueden convertirse en proposiciones más complejas. De esta manera, para Russell el análisis lógico es el método a través del cual el ser humano puede llegar a conocer la realidad (Ortega & Cayuela, 2002).

El Círculo de Viena, por su parte, estaba compuesto por un grupo de filósofos y científicos que defendían la construcción de una ciencia unificada que se basase en la observación y el lenguaje de la lógica. De esta forma, bajo su punto de vista, los enunciados científicos o bien son verdades lógico-matemáticas o bien han de ser reducidos a un lenguaje observacional empírico (Ortega & Cayuela, 2002). Bajo el paradigma positivista la ciencia se identifica con la verdad demostrada a través de hechos empíricamente verificables. Por tanto, los hechos eran objeto de la ciencia mientras que los valores, considerados como expresiones culturales, no podían constituirse en un conocimiento científico (Triviño & Sanhueza, 2005).

El positivismo lógico se encuentra conectado con la filosofía analítica, basada principalmente en el análisis lingüístico, y aboga por aplicar al comportamiento

humano aquellos hechos que puedan ser probados. Debido a esta pretensión, en el caso de las ciencias de la salud pueden darse serios problemas éticos, ya que se priman aquellos hechos contrastados y demostrados como las mejores soluciones para problemas determinados obviando las percepciones de los sujetos (Ortega & Cayuela, 2002). Según Soriguer (1993), la aparente contradicción entre la reivindicación de una teoría científica para la práctica clínica y el reconocimiento de la imposibilidad de una práctica exclusivamente científica es lo que justifica y define una teoría crítica de la medicina clínica. Así, la superación de esta contradicción dentro de la práctica clínica será la que permita que la medicina clínica sea científica, según los parámetros establecidos por el positivismo lógico.

Las principales objeciones que la teoría crítica realiza a la EBE son que el intento de explicación matemática de la experiencia, la generalización de la práctica científica en la vida cotidiana y la aplicación de conceptos éticos a unos valores determinados previamente en la toma de decisiones, pueden conducir a un proceso de medidas absolutamente tecnocrático con consecuencias negativas para la sociedad (Ortega & Cayuela, 2002). Si tenemos en cuenta que el objeto de estudio de la enfermería son las necesidades del ser humano, todo aquello que acontece dentro del intervalo salud-enfermedad no puede ser objetivo, por lo que la atención integral de las necesidades del ser humano está sujeta a una variabilidad interpretativa que depende en gran medida tanto del contexto cultural como de otros factores personales tales como la mutabilidad situacional y emocional (Siles, 1997). El enfoque de la EBE desde el paradigma de la teoría crítica nos permite subsanar estos problemas ya que integra las opiniones de los sujetos que llevan a cabo la acción. Además, pese a que en los inicios de la EBE no se tenía en cuenta la opinión de los sujetos, en la actualidad el trabajo con PBE dota de importancia a las preferencias del

paciente con respecto al tratamiento a seguir ya que, si las evidencias científicas apuntan a dos tratamientos que presentan la misma efectividad, deben tenerse en cuenta las preferencias del paciente así como su contexto cultural a la hora de aplicarlo (Beyea & Slattery, 2013).

Desde la perspectiva de la teoría crítica, el factor humano posee dos dimensiones que de alguna manera no son tenidas en cuenta en el enfoque clásico positivista. La primera es que no existe una conexión automática entre verificación y voluntad de aplicación. Los fundadores de la EBE creen que la demostración de un hecho es suficiente y, por tanto, dejan de lado la percepción humana, es decir, la subjetividad que en la teoría crítica se defiende como hecho inseparable de cualquier investigación. De esta manera, se obvia la distorsión que el sujeto puede percibir de los hechos (Ortega & Cayuela, 2002). Hay que tener en cuenta que el hecho de elegir una evidencia u otra a la hora de trabajar ya implica en sí mismo un acto de juicio subjetivo por parte del actor social que va a realizar la acción (Misak, 2010). En el paradigma clásico de la EBE estas elecciones se omiten y, por lo tanto, se deja totalmente de lado el estudio de la voluntad de aplicación de determinada evidencia por parte del sujeto. No obstante, en el momento en el que la EBE se enfoca desde la teoría crítica, el estudio del sujeto que lleva a cabo la acción, es decir, el estudio de la percepción que las enfermeras tienen sobre la aplicación de la PBE, cobra importancia de nuevo. El enfoque de la teoría crítica incluye el análisis de los factores concretos que las enfermeras perciben como importantes para llevar a cabo su toma de decisiones con respecto a la elección de evidencia científica explorando en profundidad estos aspectos y subsanando, así, la ignorancia inicial que la teoría positivista realizaba con respecto a las elecciones del sujeto social.

La segunda dimensión no tenida en cuenta por el enfoque positivista clásico se basa en la inclinación de aferrarse a una creencia a pesar de que la evidencia muestre claramente su falsedad. Este fenómeno se denomina disonancia cognitiva y es uno de los principales problemas a la hora de llevar a cabo un tratamiento clínico homogeneizado (Ortega & Cayuela, 2002). La disonancia cognitiva fue definida por Festinger (1975) como *la existencia de relaciones entre cogniciones, es decir, conocimientos, opiniones o creencias, sobre un medio, sobre uno mismo o sobre la conducta de uno, que no concuerdan*. De esta forma, y utilizando el lenguaje de Habermas, uno de los problemas principales que presenta el enfoque clásico positivista de la EBE es que no tiene en cuenta el mundo de vida del sujeto que lleva a cabo la acción, obvia aquello que el sujeto ya da por supuesto y menosprecia la influencia que las creencias marcadas por su contexto social pueden tener sobre la aplicación de su práctica clínica. De esta manera, deja todos estos presupuestos fuera de estudio tratando las creencias del actor social como algo inexistente y suponiendo que la simple evidencia provocará inmediatamente que el sujeto realice la práctica. Los nuevos enfoques de la EBE indican que hay que tener en cuenta, por tanto, que las creencias sobre la importancia de las fuentes o los temas consultados dirigirán en muchos casos la evaluación que la enfermera realizará sobre la evidencia existente (Misak, 2010). De nuevo, el estudio sobre las percepciones de las enfermeras sobre la PBE cobra vital importancia y subsana esta limitación que se presentaba en el enfoque inicial de la EBE.

Por otra parte, aunque los fundadores de la EBE dan importancia a la investigación cualitativa, se basan sobre todo en el método científico con base cuantitativa como generador de la decisión clínica. Karl Popper, autor cercano al Círculo de Viena pero que, sin embargo, no llegó a pertenecer a él, ya remarcó que la

ciencia no ofrece un conocimiento seguro, sino que debe estar dirigida por una actividad crítica constante susceptible de ser falsable en cualquier momento (Ortega & Cayuela, 2002). El objetivo principal del investigador en la metodología cualitativa es el de interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia (De la Cuesta, 1997). Al centrarse primordialmente en la investigación cuantitativa, el paradigma tradicional de la EBE deja de lado la subjetivación de la investigación, el análisis del sujeto como agente activo del fenómeno estudiado y obvia el discurso intersubjetivamente racionalizado de los actores sociales participantes, todos ellos elementos primordiales de la investigación desde el punto de vista de la teoría crítica. Así, mediante la utilización de la metodología cualitativa, en especial a través de la utilización de grupos de discusión donde emergen los discursos intersubjetivos de los actores sociales, y la reinterpretación de la EBE a través del prisma de la teoría crítica se añade a la PBE la subjetivización de la investigación que dejó de lado en sus inicios.

La EBE es un instrumento indiscutiblemente útil para disminuir la incertidumbre en el tratamiento y aumentar la eficiencia de los cuidados ya que sedimenta la información disponible sobre un problema de salud real para poder tomar una decisión en base a la teoría de la probabilidad sin traspasar ciertos límites éticos y proporciona un estudio económico de la decisión para que sea la mejor con el menor costo factible, tan importante en el razonamiento diagnóstico-terapéutico contemporáneo (Ortega & Cayuela, 2002). Las nuevas tendencias dentro de la EBE apuntan hacia la metasíntesis, es decir, la reinterpretación de las teorías de la EBE bajo nuevos paradigmas que incluyan las evidencias cualitativas en la dialéctica de la toma de decisiones para tener así las opiniones y características de los sujetos presentes en la PBE (Gálvez, 2003). La reinterpretación de la EBE bajo el paradigma

de la teoría crítica aporta, tal y como se ha mostrado en este apartado, considerables mejoras para la PBE y, por lo tanto, supone un nuevo enfoque que puede llegar a integrar las investigaciones cuantitativas y cualitativas.

3. Metodología

3.1 Método de recogida de datos: grupos de discusión

Esta investigación fue llevada a cabo mediante grupos de discusión compuestos por enfermeras del ámbito hospitalario de la isla de Mallorca. De esta manera, se estableció una metodología cualitativa para alcanzar los objetivos planteados desde la perspectiva de la teoría crítica.

Los grupos de discusión consisten en discusiones semiestructuradas con grupos de 4 a 12 individuos con el objetivo de explorar sus opiniones sobre temas específicos. Pese a que los participantes del grupo suelen contestar de manera individual a las preguntas realizadas, se les anima a interactuar con los otros en sus respuestas para obtener así tanto su opinión individual como los imaginarios sociales compartidos asociados al tema en cuestión (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Se optó por realizar grupos de discusión, ya que estos permiten investigar de forma más exhaustiva todas aquellas interacciones que se desarrollan de manera conjunta en pequeños grupos ya que a pesar de su artificialidad, emulan los procesos de toma de decisión que se llevan a cabo en un determinado contexto (Valles, 1999). En esta investigación, se consideró que los procesos de toma de decisiones respecto a la implantación de nueva evidencia en enfermería se ven influenciados por el resto de

profesionales que conforman el equipo de enfermería en las distintas unidades hospitalarias. Por tanto, a través de esta técnica, se podría detectar el afloramiento de los imaginarios sociales asociados a la utilización de nueva evidencia científica.

En este punto parece útil hacer alusión a las diferencias entre los grupos de discusión y los grupos focales. Pese a la numerosa literatura existente (Íñiguez, 1999; C. Pérez, 2002), que se esfuerza en remarcar las diferencias entre estas dos técnicas la verdad es que éstas son mínimas. Tanto es así, que en el ámbito anglosajón han pasado a denominarse indistintamente como *focus groups*. Las principales diferencias vienen marcadas por el origen de la técnica. Así, mientras que el grupo de discusión está fundamentado en la investigación motivacional iniciada desde la psicología clínica o terapéutica, los grupos focales fueron utilizados inicialmente para la investigación en estudios de mercado sobre nuevos productos (Valles, 1999).

En la literatura de origen español se remarca que la diferencia entre uno y otro radica en que los grupos focales se desarrollan alrededor de un guión de preguntas relacionadas con el objetivo de la investigación y que la persona que modera el grupo dirige a sus participantes de una forma más estructurada y formal, mientras que en el grupo de discusión se asume que los participantes tienen las respuestas a los objetivos que en la investigación se han planteado, pero no saben que las tienen. El moderador debe producir el discurso del grupo planteando preguntas pero no de una forma tan dirigida como en el grupo focal, considerándose, así, que el ambiente de realización del grupo tiene un matiz más informal (C. Pérez, 2002). Pese a todo, en el grupo de discusión también puede incluirse un guión semiestructurado siempre y cuando se vaya modificando en función de las respuestas de los participantes en el grupo de discusión.

Así, podemos ver que las diferencias entre uno y otro son bastante sutiles y radican principalmente en el papel que el moderador ejerce durante la discusión. En palabras de David L. Morgan, *aunque no hay duda de que existe una gran variedad de entrevistas grupales que forman un continuum desde las que tienen una estructura más formal hasta aquellas que son más informales, no creo que sea posible dibujar una línea entre las entrevistas formales e informales con la intención de separar la definición entre los grupos focales y los grupos de discusión. Encuentro que es mucho más útil pensar que el hecho de utilizar una estructura más formal en los grupos focales o de discusión será decisión de los investigadores en función de los propósitos específicos del proyecto de investigación* (Morgan, 1997, p.6).

En esta investigación se realizaron grupos de discusión moderados de una forma semiformal, ya que, pese a la existencia de un guión, este se adaptó al funcionamiento específico del grupo dejando aflorar el debate sobre los temas planteados entre los participantes. De esta manera se trataba de un guión de entrevista semiestructurado que consiste en la elaboración de preguntas generales establecidas tras el análisis de la bibliografía existente que se van modificando a lo largo de la investigación y de la misma interacción con los entrevistados con el objetivo de adaptarlo a la dinámica de los grupos y cubrir campos de información y circunstancias no previstas en los temas iniciales (J. B. Brown, 1999).

Por otra parte, cabe tener en cuenta que los grupos de discusión han sido utilizados habitualmente de forma combinada con encuestas cuantitativas. Este estudio cualitativo cuenta con una primera fase de investigación cuantitativa, tal y como se explicará a continuación. Parecía lógico pues que los grupos de discusión se

eligiesen tras el análisis de la encuesta tanto para corroborar los resultados obtenidos como para profundizar en las relaciones sugeridas por el análisis cuantitativo (Valles, 1999).

3. 2 Antecedentes del estudio

Este estudio forma parte del proyecto de investigación más amplio titulado “Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y AP de Baleares. Propuesta de elementos de facilitación a partir del modelo PARIHS” subvencionado con una beca FIS nº PI09/90512, el cual tenía como principal objetivo establecer un diagnóstico de los factores que las enfermeras perciben como determinantes de la PBE en las diferentes organizaciones, tanto en lo que se refiere a estructuras de apoyo como a las características de sus profesionales. Este estudio se llevó a cabo tanto en el ámbito hospitalario como en el de AP y constaba de dos fases, la primera de las cuales se desarrolló basándose en metodologías cuantitativas mientras que la segunda se proyectó centrada en metodologías cualitativas. En esta tesis se analizan los datos obtenidos en esta segunda fase con respecto al ámbito hospitalario.

La primera fase cuantitativa del estudio fue diseñada como un estudio observacional transversal multicéntrico cuya población de estudio fueron las 3.129 enfermeras de plantilla en el año 2009 de los hospitales y centros de AP que forman parte del Servicio de Salud de las Islas Baleares. De éstas, 2.510 correspondían a enfermeras que se distribuían en 11 hospitales de las Islas Baleares. Se les realizó una encuesta con los instrumentos EBPQ y PES-NWI, validados previamente en el ámbito español dentro de la primera fase cuantitativa de este mismo estudio (De Pedro et al., 2009a; De Pedro et al., 2009b).

El cuestionario NWI se utilizó con la intención de valorar el entorno de la PBE. Las variables se resumen en 31 ítems agrupados en 5 factores: 1 participación de las enfermeras en los asuntos del centro hospitalario; 2 fundamento de la calidad de los cuidados; 3 capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores; 4 dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos; 5 finalmente, relaciones entre médicos y enfermeras (Lake, 2002). La encuesta completa utilizada finalmente se encuentra en el Anexo 1.

Por otra parte, el cuestionario EBPQ se utilizó para valorar el conocimiento, uso y actitudes de los profesionales hacia la PBE. Este se compone de 24 ítems estructurados en tres factores: práctica, actitud y conocimientos y habilidades de los profesionales ante una PBE (Upton & Upton, 2006). La encuesta completa utilizada finalmente se encuentra en el Anexo 2.

La segunda fase cualitativa del estudio contó con una ayuda del Ministerio de Ciencia e Innovación (Fondo de Investigaciones Sanitarias – Instituto de Salud Carlos III) dentro del programa de Acción Estratégica en Salud en el marco del Plan Nacional I+D+I (2008-2011), Subprograma de proyectos de investigación en evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud que se desarrolló en durante los años 2010 y 2011 (Anexo 3). Cabe señalar que en esta parte cualitativa del estudio se realizaron cinco grupos de discusión con enfermeras pertenecientes al ámbito de AP y cinco con enfermeras pertenecientes al ámbito hospitalario. El objeto de esta tesis se centra en los resultados obtenidos en éstos últimos puesto que los resultados son independientes.

3. 3 Selección de participantes y criterios de segmentación

En el análisis de los resultados cuantitativos despuntaron como variables significativas de segmentación la categoría profesional, es decir, si se trataba de enfermeras gestoras o enfermeras clínicas, y los años de ejercicio profesional. A diferencia de otras investigaciones, las enfermeras con menos experiencia profesional obtuvieron mayores puntuaciones en el EBPQ así como aquellas enfermeras que desarrollaban labores de gestión en el ámbito laboral (De Pedro, 2009b). El grupo de enfermeras que obtuvo las puntuaciones más bajas fue el de 10 a 20 años de experiencia (S. González et al., 2012).

Con el objetivo de corroborar los indicios obtenidos y profundizar en las relaciones sugeridas por el análisis cuantitativo se realizaron cuatro grupos de discusión compuestos por enfermeras clínicas teniendo en cuenta los años de profesión, y otro grupo formado por coordinadoras de unidades pertenecientes a diferentes centros hospitalarios de Mallorca.

En cuanto a la representatividad, es importante remarcar que las muestras cualitativas implican únicamente la reconstrucción de vivencias y sentidos asociados a ciertas instancias microsociales y no la reproducción en cantidad y extensión de ciertas características poblacionales (Serbia, 2007).

Dicho esto, sin embargo cabe señalar, que el conocimiento de perfiles sociodemográficos pueden ser elementos de gran valor, ya que enriquecen los criterios de orientación en los muestreos cualitativos (Serbia, 2007). De esta manera y siguiendo los criterios de segmentación que se intuían tras del análisis de la parte cuantitativa de la investigación se llevó a cabo un primer grupo de enfermeras con menos de 2 años de experiencia profesional, un segundo grupo de enfermeras que

tenían entre 2 y 10 años de experiencia, un tercer grupo formado por enfermeras entre 10 y 20 años de experiencia y, por último, el cuarto grupo de enfermeras con más de 20 años de experiencia profesional. En todos ellos se estableció como criterio de inclusión que las enfermeras llevaran un mínimo de seis meses trabajando en el hospital con la intención de garantizar así el conocimiento del funcionamiento de su unidad y su centro de referencia.

En metodología cualitativa, se aconseja que los grupos de discusión cuenten con un mínimo de 4 participantes y un máximo de 12 (Tong et al., 2007). Con esta intención en todos los casos se reclutó un total de 12 enfermeras que cumplieran con los criterios de selección establecidos. Se decidió captar el máximo para que así, en caso de que alguna de ellas fallara, el grupo se pudiese realizar igualmente.

Para la selección de los participantes en los grupos de discusión se realizó un muestreo teórico, es decir, se seleccionaron los participantes de forma deliberada basándose en las necesidades de información detectadas a través de los primeros resultados. Se utilizó, con tal propósito, la estrategia de la bola de nieve, que se basa en la idea de red social que consiste en ampliar progresivamente los sujetos del campo investigado partiendo de los contactos facilitados por otros sujetos (Martín & Salamanca, 2007). De esta manera, el grupo de investigadores basándose en los criterios de segmentación establecidos para el estudio y contando con la ayuda de las coordinadoras, seleccionaron voluntarios de entre las enfermeras que componían la plantilla de la unidad que quisieran para participar en el estudio.

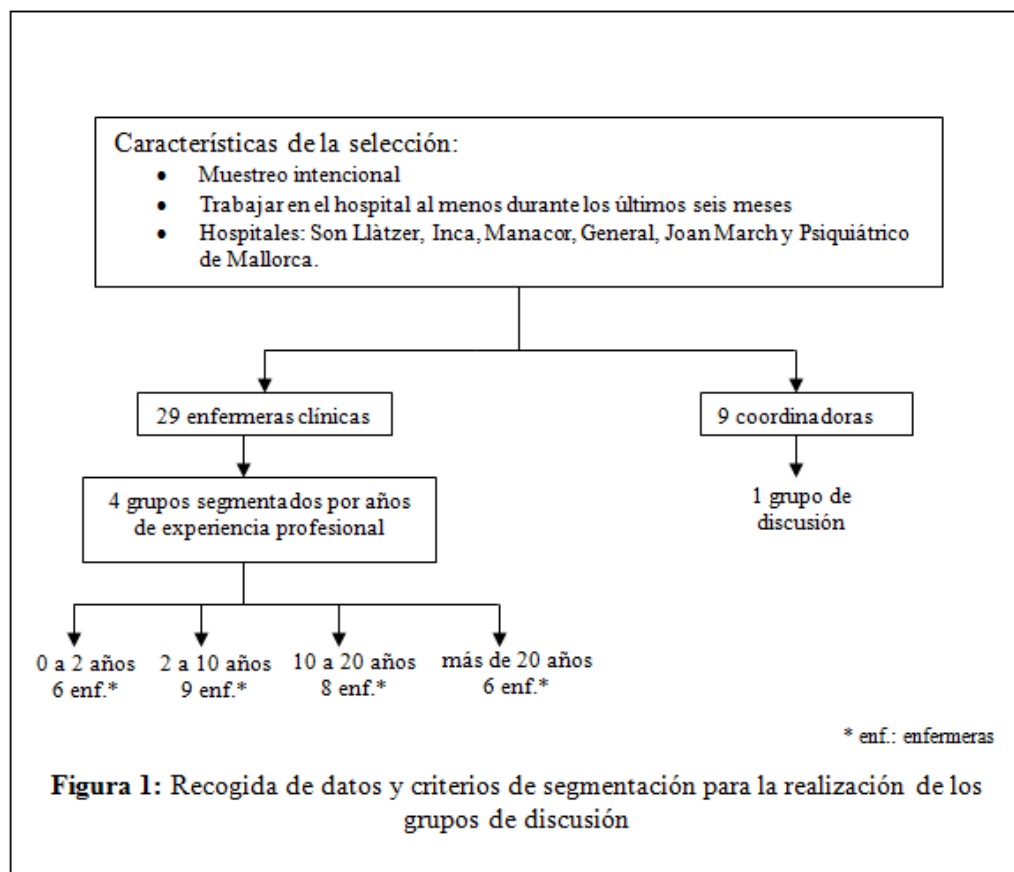
En el momento de realizar la captación de participantes se les informó de que el grupo tendría una duración máxima de dos horas y de que sería registrado con una grabadora de voz y en vídeo de forma simultánea. Al saber que el grupo se grabaría

en vídeo algunos de los componentes de los grupos se negaron a participar, a pesar de saber que el material grabado sería únicamente visionado por la persona de que realizara la transcripción y que su participación en los grupos sería encriptada. Ante esta negativa se decidió realizar únicamente grabaciones de voz puesto que en muchos casos el uso de más medios técnicos no garantiza una mayor calidad de las transcripciones. Tanto el clima del grupo como las emociones pueden transmitirse también a través de una buena transcripción en la que se incluyan los signos discursivos sobre contexto y otros detalles (Farías & Montero, 2005).

Asimismo la participación en el estudio fue totalmente voluntaria, todos los participantes fueron informados de que podían abandonar la investigación en cualquier momento y se garantizó la confidencialidad de los datos proporcionados. En todos los casos se firmó un consentimiento informado previo al inicio del grupo, en el que se proporcionaba información al participante sobre los objetivos concretos de la investigación, el marco legal de confidencialidad que le respaldaba y el teléfono de contacto del investigador principal al que podía dirigirse en caso de tener alguna duda concreta sobre la investigación o en caso de que quisiese retirarse de la misma tras su participación. El modelo de consentimiento informado es el que se muestra en el Anexo 4. En éste el equipo investigador se comprometió a cumplir estrictamente la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De esta manera, en todo momento, el equipo investigador se comprometió a respetar los principios éticos de la investigación en ciencias de la salud establecidos a nivel nacional e internacional, poniendo especial atención en el anonimato de los participantes y en la confidencialidad de los datos recogidos. Asimismo el proyecto obtuvo el informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears (CEIC) (Anexo 5).

3. 4 Recogida de datos

Se llevaron a cabo cinco grupos de discusión, cuatro formados por enfermeras clínicas segmentadas en función de sus años de experiencia en la profesión, y uno formado por enfermeras coordinadoras de hospital, entre enero y febrero de 2011. Las participantes trabajaban en diferentes hospitales de Mallorca. Los hospitales seleccionados fueron el Hospital Son Llàtzer, el Hospital de Inca, el Hospital de Manacor, el Hospital General, el Hospital Joan March y el Hospital Psiquiátrico de Mallorca. En la figura 1 pueden observarse todos estos datos de forma resumida.



Los grupos fueron llevados a cabo en instalaciones cedidas por cada uno de los hospitales y de esta manera se intentó garantizar que no todas las enfermeras tuvieran que desplazarse a Palma. Se procuró que la sala cedida para la realización de los grupos fuera lo más neutra posible, es decir, con poco mobiliario en su interior y

con sillas colocadas de forma circular para favorecer el diálogo entre todos los integrantes del grupo. Se procuró también que la sala estuviera en una ubicación lo más distanciada posible de las unidades con la intención de que el grupo no fuese interrumpido. Todos los grupos fueron dirigidos por la doctoranda acompañada siempre de un observador del grupo de investigación que varió en cada uno de los grupos y que contaba con un guión orientativo sobre lo que se debía observar (Anexo 6). Se siguieron los criterios recomendados para el investigador en ciencias sociales, planteando las menos preguntas posibles, formulándolas de manera abierta, sin intervenir en el contenido de la entrevista, llevándolos en un ambiente y contexto adecuados, tal y como se ha explicitado, y registrándolos a través de grabadoras de voz, tal y como se ha explicitado (Quivy & Carnpenhoudt, 2005).

Por otra parte, también fueron recogidos datos sociodemográficos tales como la edad, el sexo, los años trabajados como enfermera y los estudios universitarios diferentes de la diplomatura de enfermería de cada uno de los participantes en los grupos. A continuación pueden observarse dos figuras que muestran dichos datos.

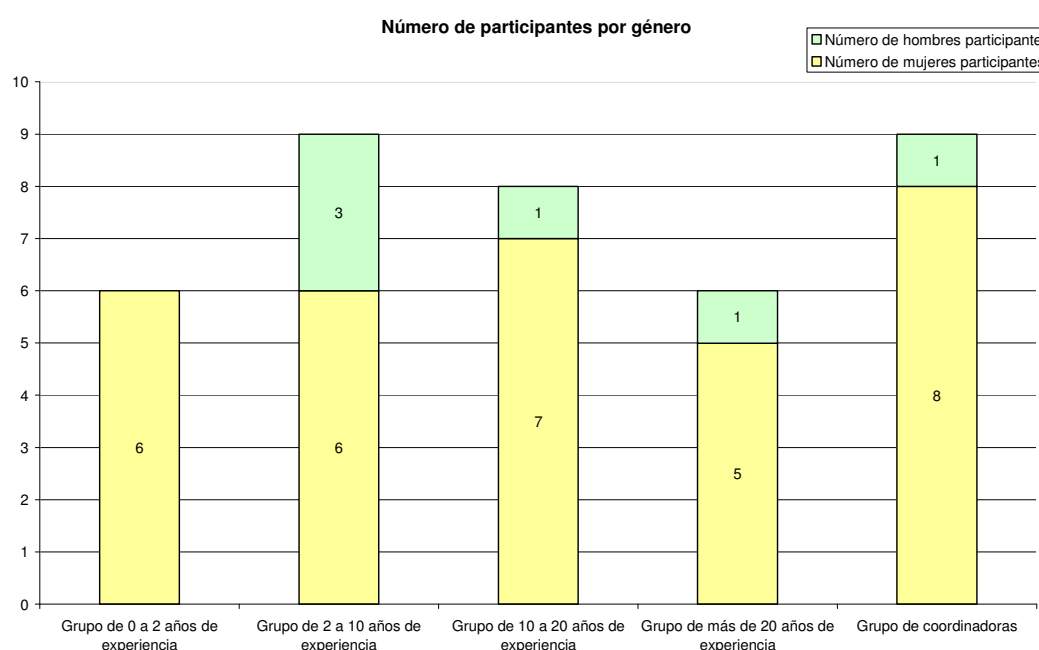


Figura 2: Número de participantes en los grupos de discusión por género.

En la figura 2 observamos que el grupo de 0 a 2 años de experiencia se compuso de seis mujeres, el de 2 a 10 años de experiencia contó con nueve participantes de los cuales seis eran mujeres y tres hombres. El grupo de 10 a 20 años de experiencia tuvo ocho participantes: siete mujeres y un hombre. El grupo de más de 20 años de experiencia contó con seis participantes: cinco mujeres y un hombre. Por último, el grupo de coordinadoras estuvo compuesto por nueve participantes de los cuales ocho eran mujeres y un hombre.

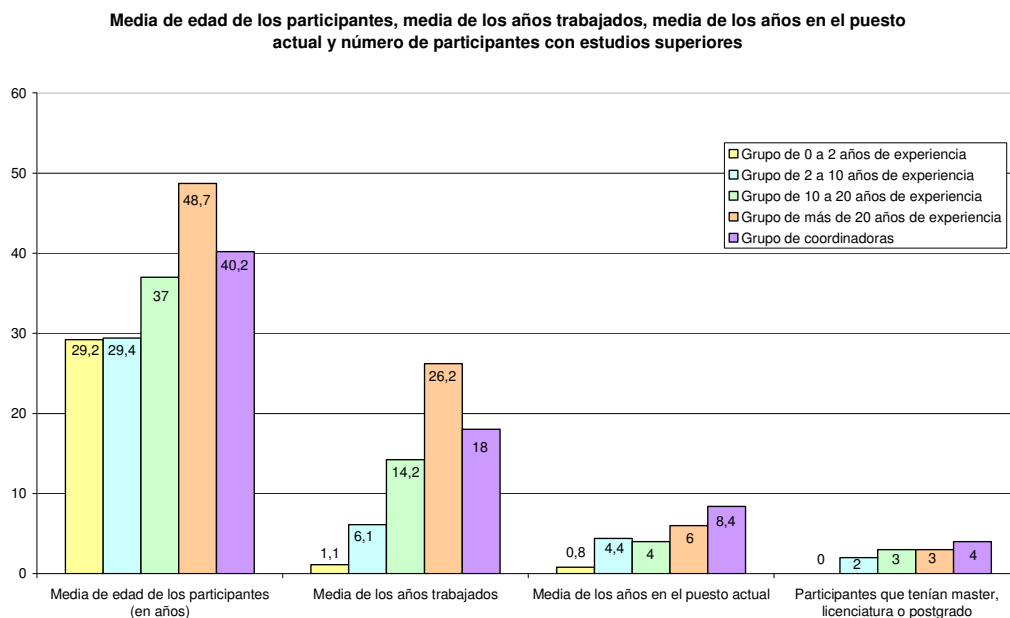


Figura 3: Datos sociodemográficos de los participantes en los grupos de discusión

En la figura 3 podemos observar, en primer lugar la media de edad en años de los participantes en cada uno de los grupos realizados. En segundo lugar, observamos la media de años trabajados por los participantes en cada uno de los grupos. En el tercer grupo de columnas podemos ver la media de años en el puesto actual de

trabajo. Por último, vemos el número de participantes que contaban con estudios de master, licenciatura o postgrado en cada uno de los grupos.

Por otra parte, los grupos se realizaron de forma semidirigida ya que se contaba con un guión de preguntas que se iba adaptando a la dinámica del grupo. De esta manera se establecieron una serie de preguntas-guía, relativamente abiertas a propósito de las cuales resultaba imperativo que se recibiera una información por parte de los participantes en el grupo (Quivy & Carnpenhoudt, 2005). El guión de entrevistas puede observarse en el Anexo 7. Mientras la moderadora de los grupos planteaba las cuestiones a debatir y realizaba una provocación continuada catalizando, deshaciendo bloqueos y controlando, en cierto modo, el desarrollo de los grupos (Ibañez, 1979), un observador tomaba notas de campo sobre las actitudes, el lenguaje no verbal y el clima existente entre los participantes de los grupos sin intervenir en los mismos en ningún momento. Tras la realización de los grupos la moderadora y el observador intercambiaron impresiones con tal de garantizar posteriormente una buena transcripción del mismo.

En los meses de febrero y marzo de 2011 se procedió a la transcripción de los grupos por parte de la moderadora de los grupos de forma que el discurso contase con la total significación del mismo y añadiéndose todas aquellas notas relevantes aportadas por el observador de cada uno de los grupos. De esta manera la transcripción fue realizada “a mano” en su totalidad con la intención de incluir todos aquellos signos de puntuación y énfasis que podían ayudar posteriormente al análisis de los grupos (Farías & Montero, 2005). Para garantizar la confidencialidad de todos los participantes se eliminaron los nombres de los participantes y todos aquellos datos concretos que pudiesen dar lugar a su identificación.

3. 5 Análisis de los grupos de discusión

Tras la transcripción de los grupos se procedió a su análisis. Tres investigadores analizaron cada uno de los grupos de forma independiente y, posteriormente, se procedió a su triangulación realizando otro análisis conjunto que dio lugar a una categorización de los datos, proceso fundamental en el análisis de datos cualitativos ya que permite clasificar conceptualmente las unidades que se refieren a un mismo tópico (Rodríguez, Gil, & García, 1996). Al compararse las frecuencias de algunas características y reagruparlas en categorías significativas se realiza un análisis en profundidad de las organizaciones, los sistemas de valores y las representaciones sociales de los participantes en los grupos de discusión (Quivy & Carnpenhoudt, 2005).

A través del proceso de triangulación se aumentó la rigurosidad del análisis cualitativo, ya que integrantes del equipo investigador llegaron a las mismas conclusiones analizando de forma independiente el mismo grupo de discusión (Cornejo & Salas, 2011). Posteriormente se estableció un proceso dialógico comparativo con la intención de unificar criterios y establecer una codificación única para cada grupo. Así, cada uno de los grupos fue codificado cuatro veces, tres veces por investigadores de forma independiente y una cuarta como resultado de una codificación conjunta. Con esta estrategia se pretendía que a través de las diferentes miradas y orientaciones se reconociera un mismo e idéntico aspecto de la realidad social para lograr así una convergencia de los resultados (Triviño & Sanhueza, 2005).

El análisis se llevó a cabo a través de un proceso inductivo que partía del texto más concreto hacia categorías generales. Así durante el proceso de codificación de los datos “afloraron” las dimensiones y realidades relevantes en relación con el

tema de investigación (Vera & Villalón, 2005). Este análisis se llevó a cabo entre los meses de abril y mayo de 2011.

Para realizar el análisis de los grupos de discusión por categorías se utilizó como herramienta informática de soporte el programa Atlas.ti versión 5.5. Se decidió incluir el uso de esta herramienta informática ya que supone un ahorro de tiempo a la hora de analizar los datos obtenidos puesto que al tratarse de grupos de discusión el volumen de los datos a analizar era considerablemente elevado. Permite, también, una exploración y codificación de los datos intuitiva y sistemática ya que posibilita marcar fragmentos de texto, codificarlos y recodificarlos durante el desarrollo de un sistema organizador. Por otra parte, supone un aumento de la inclusividad y la hipertextualidad de los datos ya que pueden incluirse datos “off-line” y comentarios para producir un texto mucho más rico. Favorece la intersubjetividad ya que los datos pueden verse y analizarse de forma simultánea por diferentes investigadores de una forma sencilla y práctica. Por último, permite la modelización y visualización analíticas de la investigación ya que se pueden trazar mapas conceptuales jerarquizados de las categorías obtenidas estableciendo relaciones entre conceptos (Valles, 2001).

3. 6 Limitaciones de los grupos de discusión

Pese a la gran utilidad de las técnicas cualitativas y en especial de los grupos de discusión para obtener información, cabe hacer referencia a algunas limitaciones con las que el equipo investigador se encontró a la hora de llevar a cabo los grupos.

En primer lugar se experimentaron respuestas evasivas a la hora de la captación de participantes así como un alto absentismo una vez confirmada la

asistencia. Por ese motivo ninguno de los grupos realizados cuenta con los doce participantes que se captaron para su realización.

Por otra parte, y tal y como ya se ha explicado previamente, los grupos no se pudieron grabar en vídeo y la grabación se realizó única y exclusivamente a través de grabadoras de voz ya que las enfermeras participantes tenían miedo de que su identidad pudiese salir a la luz una vez finalizado el estudio. Hubo mucha confusión, sobre todo al inicio de cada uno de los grupos, sobre las motivaciones para llevar a cabo el estudio ya que las enfermeras tenían la sensación de que lo que se pretendía era evaluar sus conocimientos sobre la nueva evidencia científica en enfermería y no tanto conocer su opinión. Cabe destacar que tradicionalmente en las ciencias de la salud se ha promovido un sistema de recopilación de datos cuantitativo y que ha sido recientemente, en la década de los 90, cuando tanto en España como en el ámbito anglosajón se ha empezado a promocionar la utilización de técnicas cualitativas en el ámbito de la salud (C. Pérez, 2002). Es por eso, que la confusión inicial de las enfermeras se pudo deber a su falta de habituación con respecto a la investigación cualitativa ya que, prácticamente en su totalidad, desconocían la técnica de los grupos de discusión, esperaban una batería de preguntas cerradas y pretendían averiguar constantemente la corrección de sus respuestas preguntando a la persona que dirigía el grupo si aquello que habían dicho era correcto o no.

Otro de los motivos que dificultó la realización de los grupos fue la falta de compensación ya que, por una parte, en los grupos se identificó un descontento general con la Institución a causa de los recortes y las modificaciones que el sistema sanitario estaba sufriendo en ese momento en relación a la crisis financiera estatal. Por otra parte, los grupos se llevaron a cabo fuera del horario laboral pidiendo, así,

una participación totalmente voluntaria y sin ningún tipo de compensación en el estudio.

Por último, una de las limitaciones más difícil de sortear en este estudio fue el hecho de que algunos de los participantes en los grupos de discusión se conocían previamente. Pese a que la intención fue que las enfermeras fueran de diferentes centros hospitalarios para favorecer que no se conocieran entre ellas, en algunos casos fue inevitable que algunas de las enfermeras se encontraran con algún conocido en el grupo de discusión ya que el sistema sanitario de por sí promueve la movilidad continua de personal y, por otra parte, el escenario a estudiar cuenta con un número de actores limitado, al tratarse únicamente de enfermeras, en el contexto de una isla de población reducida. Pese a que debe evitarse la participación de amigos o conocidos con el fin de circunvalar los riesgos de la preexistencia del grupo en la vida real, Ibañez (1979) señala que se puede admitir en el grupo pares o incluso tríos preexistentes como gérmenes de agrupamiento ya que en ocasiones son inevitables y, a la vez, pueden facilitar la venida al grupo de personas de ciertos estratos sociales.

Capítulo 3 - Resultados

Los resultados obtenidos de esta investigación se agrupan en seis grandes familias, cada una de las cuales se subdivide en diferentes categorías para realizar un análisis detallado de las opiniones expuestas en los cinco grupos de discusión realizados. A continuación, en la siguiente página, puede observarse de forma gráfica como se distribuyen las diferentes familias establecidas (Figura 4).

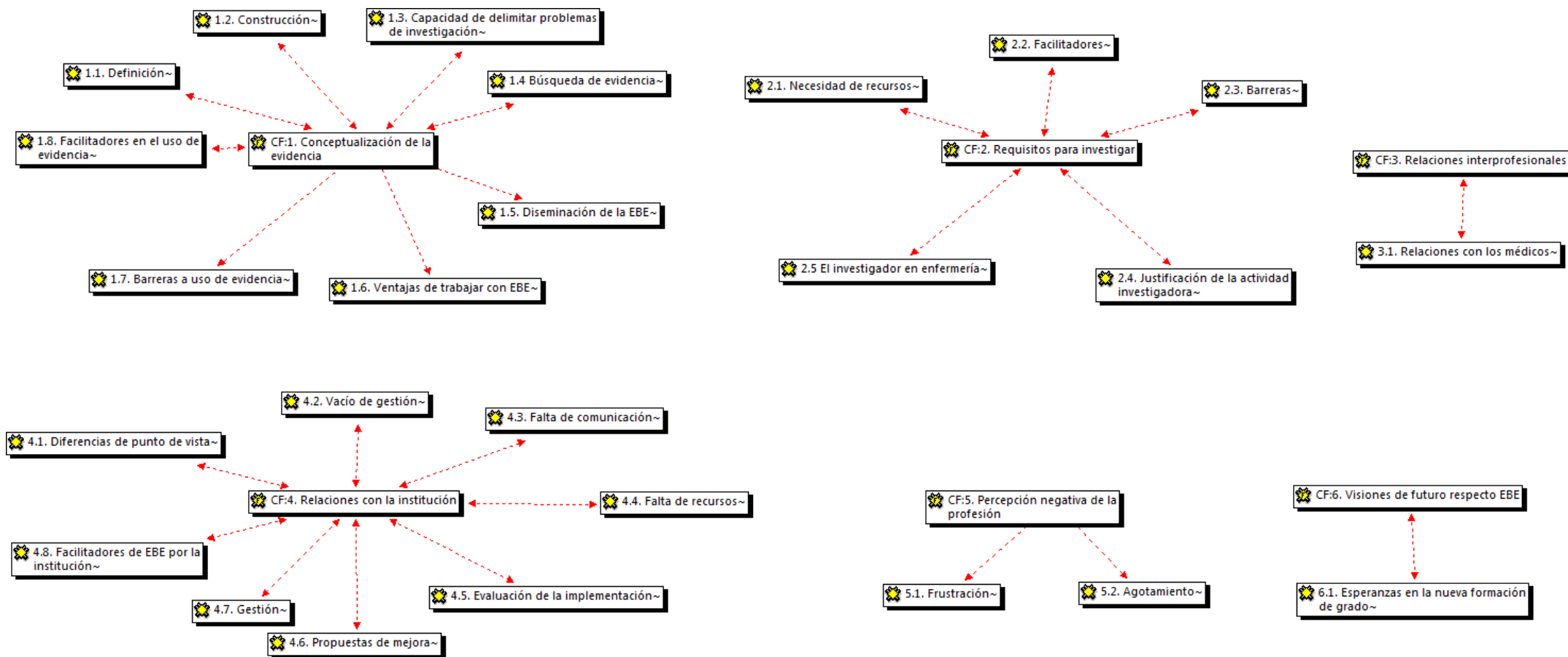


Figura 4: Distribución gráfica de familias

1. Conceptualización de la evidencia

En este apartado están agrupadas todas aquellas opiniones expresadas en los grupos de discusión con respecto a conceptos asociados a la idea que las enfermeras tienen sobre trabajar con evidencia científica en su práctica diaria (Figura 5).

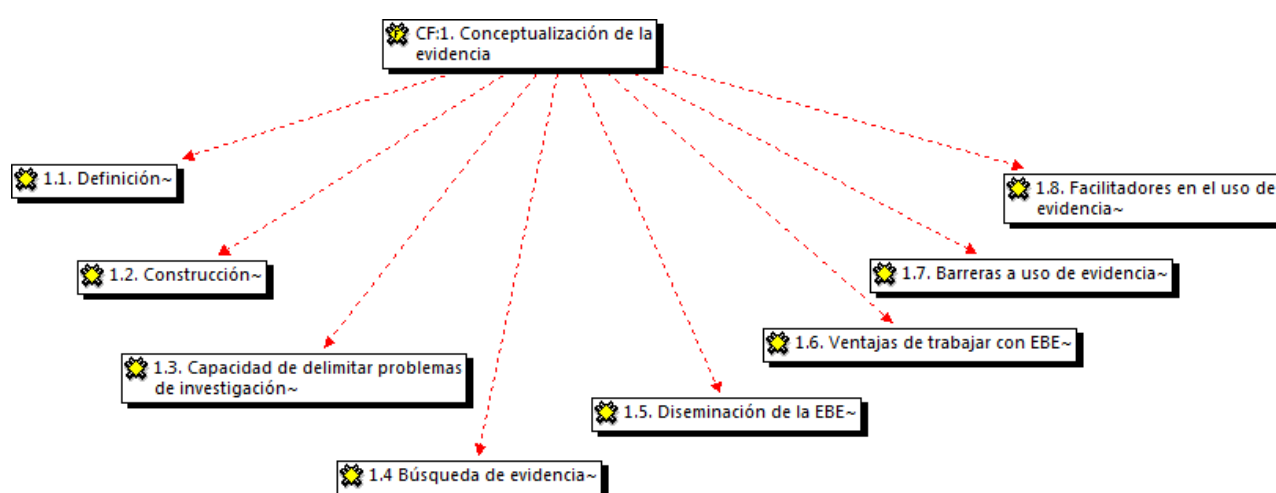


Figura 5: Conceptualización de la evidencia

1.1 Definición

Inicialmente se les pidió a los grupos que realizaran una definición propia de lo que consideraban trabajar con evidencia en enfermería. En todos los grupos se llegó a un consenso matizando los aspectos que para ellos resultaban más relevantes.

En el grupo de 0 a 2 años de experiencia se identificó el trabajar con evidencia directamente con la aplicación de los protocolos tal y como están especificados.

X5: “Yo entendería más o menos esto que hay que seguir unos protocolos ¿no? Con unas pautas.” (Grupo de 0 a 2 años)

X4: “Más o menos lo mismo. Que hay que seguir unos protocolos para llevar a cabo

una metodología más o menos parecida de todo el equipo, micro equipo.” (Grupo de 0 a 2 años)

En el caso del grupo de 2 a 10 años se habló de que trabajar con evidencia significaba realizar prácticas basadas en estudios científicos.

X1: “En evidencia. Bueno pues supongo que son toda una serie de prácticas y de intervenciones que estén basadas en un estudio científico o que tengan alguna base científica corroborada.” (Grupo de 2 a 10 años)

X4: “(...) Que se ha hecho una metodología de estudios para ver cual es la manera objetiva y práctica, digamos, para saber cual es la mejor manera de actuar ante un determinado problema o situación.” (Grupo de 2 a 10 años)

El grupo de 10 a 20 años en su definición resaltó la importancia de basar la práctica clínica en las investigaciones científicas y la necesidad de un continuo reciclaje, proporcionando así la definición más acertada de los grupos realizados.

X2: “Basado en la evidencia en pruebas en las que realmente se justifica que esos cuidados son, van a dar buenos resultados.” (Grupo de 10 a 20 años)

X6: “Utilizar el mejor conocimiento científico que hay, que existe y se justifica hasta que existe otro nuevo que quita al anterior las mejores pruebas con la intención de mejorar los resultados que tenemos, sea en el área que sea.” (Grupo de 10 a 20 años)

En el grupo de más de veinte años se identificó la enfermería basada en la evidencia con el trabajo basado en experiencias previas y con el seguimiento de protocolos.

X4: “sería un poco la observación, ¿no? La enfermería basada según los trabajos que realices, que den resultados. Según tu experiencia si ves que aquello funciona pues trabajarás según lo que te funciona, ¿no?”

X5: “O estudios que han hecho gente y, gente ha trabajado sobre esos temas de investigación y se ha sacado unas conclusiones, unos resultados y con esos resultados se mejora la problemática o...y se decide modificar un determinado punto.” (Grupo de más de 20 años)

En el caso del grupo de coordinadoras la definición se centró en las prácticas que tienen una base científica sólida o aquellas prácticas en las que es posible una medición cuantitativa.

X5: “Una base de que alguien ha estudiado y alguien sabe que se han compartido diferentes estudios y entonces se ha demostrado que eso es lo correcto para poder llevar a cabo esa práctica clínica.” (Grupo de coordinadoras)

X9: “¿Basada en evidencia? En datos objetivos, ¿no? Algo que puedas medir. Que puedas cuantificar, que puedas hacer una estadística.” (Grupo de coordinadoras)

De esta manera, el grupo de más de 20 años junto con el grupo de 0 a 2 años de experiencia fueron los que proporcionaron las peores definiciones de evidencia.

1.2 Construcción de la evidencia

En los grupos de discusión se habló del proceso a través del cual pensaban que se construía la evidencia científica.

En todos ellos se llegó rápidamente a la conclusión de que la evidencia se produce a través de la investigación científica.

X6: “Reunir ese conjunto de investigaciones y hallar los nexos comunes, eso es lo que sienta la evidencia. Puede ser que proceda de un análisis de investigaciones muy dispares o todas de un mismo tipo pero ese, la reunión de ese conjunto de conclusiones y de conocimientos que se unan en uno mucho más fuerte, es lo que sienta esa evidencia para, para la práctica, para poder modificar o cambiar las cosas.” (Grupo de 10 a 20 años)

X7: “A base de realizar estudios e investigaciones sobre algo, ponerlo en marcha y sobre eso valorar los resultados.” (Grupo de coordinadoras)

Asimismo se identificaron diferentes motivaciones que llevan a iniciar una investigación científica. Una de las motivaciones que surgió tanto en los grupos de 2 a 10 años de experiencia como en el de 10 a 20 años fue la necesidad previa, es decir

el hecho de que con la práctica diaria te surja una pregunta de investigación sobre la cual posteriormente se pueda llevar a cabo una investigación.

X2: “Creo que surgen preguntas o dudas que quieres responder, ¿no? dentro de tu ámbito profesional. Yo trabajo, por ejemplo, en psiquiatría. Pues me surge una duda y decido hacer un estudio para ver cual es la mejor manera para resolver los problemas que hay.” (Grupo de 2 a 10 años)

X4: “Te surge tu necesidad y buscas todos los estudios que hay para buscar soluciones a esa necesidad que tienes.” (Grupo de 10 a 20 años)

En el grupo de 10 a 20 años se habló de la necesidad de romper hábitos en la práctica diaria como motivación.

X6: “A mí lo que me motiva a buscar es cuando me dicen esto se hace así porque se ha hecho así toda la vida. Entonces yo automáticamente me rebelo, ¿y por qué no hay otras maneras que se puedan hacer de manera distinta y puedan ser mejores?.” (Grupo de 10 a 20 años)

Un aspecto relevante que se destacó en el grupo de coordinadoras relacionado con la construcción de la evidencia fue que no se ven a ellas mismas como generadoras de evidencia sino que simplemente procuran trabajar sobre ella.

X5: “Procuras que la gente trabaje sobre evidencia. Sigues los protocolos que están hechos, las guías de práctica, que todo esté actualizado, que si una cosa pues no acaba de funcionar revisas, pero, pero es siempre una cosa un poco justa, eh, quiero decir, porque también vas un poco sobre la marcha.” (Grupo de coordinadoras)

1.3 Capacidad de delimitar problemas de investigación

En general, en todos los grupos de discusión se habló sobre temas relacionados de manera directa con su práctica diaria sobre los que les gustaría investigar. En la mayoría de casos las enfermeras participantes demostraron tener inquietudes concretas sobre las que investigar y supieron delimitar el problema de investigación.

X6: “Por ejemplo, una investigación sobre el dolor que produces en las punciones de un absceso vascular. Siempre te encuentras en muchos informes que las punciones que se fallan no aparecen, ¿qué pasa? ¿qué esas punciones no producen dolor? ¿por qué no se investiga sobre eso?”. (Grupo de 10 a 20 años)

X4: “Yo, por la observación y por los tiempos como han evolucionado, el principal problema de la sociedad en general es la falta de vinculación, por la nueva situación socioeconómica que vivimos, que las madres muy prontamente tienen que dejar a sus hijos y entonces con el tiempo... Está demostrado, ahora todos los adolescentes... Entonces yo creo que sería prevención en cuanto a la salud, ya, de entrada. Lo que es salud es empezar desde cero, desde cero en lactancia. A mí me encantaría poder investigar eso.” (Grupo de más de 20 años)

X9: “También se puede hacer pues de clima laboral también. Es una cosa, por ejemplo, que me gustaría tocar mucho a nivel de personal, por ejemplo. No sé, hay, yo creo que hay un montón de temas.” (Grupo de coordinadoras)

1.4 Búsqueda de evidencia

En cuanto se les preguntaba respecto a los métodos que habitualmente utilizaban para buscar evidencia, en la mayoría de los grupos se admitió que su primer recurso era preguntarle al compañero con el que en ese momento estaba trabajando, valorando como principal cualidad la experiencia en la planta en la que están en ese momento. De hecho en el grupo de 0 a 2 años admitieron que aunque realizaran de manera reciente algún curso sobre una técnica basada en nueva evidencia si alguien con más antigüedad que ellas en la unidad les dice que deben hacerlo de una manera diferente ellas lo hacen tal y como les dice la compañera con más experiencia.

X9: “O le preguntas a tu compañero.”

X7: “Sí, a tu compañera que tenga más experiencia.” (Grupo de 2 a 10 años)

X6: “Yo creo que en un primer momento lo más rápido es eso, si tienes a un compañero en el que confías y que tiene más experiencia que tú, que tiene más conocimientos pues preguntarle al compañero.” (Grupo de 10 a 20 años)

X2: “(...) confío en preguntar y decir y que me expliquen, me lo voy a creer, si yo llego y me creo que no, que yo sé hacerlo porque yo me he hecho un curso ahora mismo y me da igual como lo hagan porque yo sé que así está perfecto, esto no es. Tienes que llegar y escuchar y yo me voy a, pues eso, a fiar, no es fiar la palabra, bueno, a confiar en que te lo van a explicar, pues que ellos van a ser los que van a saber más, que ellos sabrán a lo mejor si llevan más tiempo allí como van las cosas.”
(Grupo de 0 a 2 años)

El segundo recurso más utilizado para buscar evidencia al que se refirieron todos los grupos fue buscar en Google la información que necesitaban, pese a que algunos participantes admitían a la vez que no era la mejor manera de obtener evidencia sino que sería necesario buscar en bases de datos especializadas. Pese a todo esta puntualización únicamente surgió en los grupos de 2 a 10 años y de 10 a 20 años de experiencia.

X5: “De entrada miro en el Google.”
Muchos: “Sí, sí.” (Grupo de 2 a 10 años)

X6: “Se lo preguntamos al Google en un primer momento y luego ya cuando quieres y puedes profundizar, bueno, Google no es el sitio más indicado para buscar las evidencias sino que te vas a las bases de datos.” (Grupo de 10 a 20 años)

En el grupo de 10 a 20 años también se contempló el hecho de preguntar a un compañero al que se considerase experto por el hecho de haber participado en algún tipo de investigación sobre el tema.

X4: “Si estoy trabajando con gente que sé que está en el grupo de úlceras y me encuentro con algo que no sé que hacer yo sé que esta gente me solucionarían el problema, que ellos están trabajando en esto y que dentro de poco presentarán un poco la guía y el protocolo con el trabajar y que lo implantaremos.” (Grupo de 10 a 20 años)

En dos de los grupos (de 2 a 10 años y de más de 20 años) se habló sobre buscar la evidencia en cuanto a actuaciones en los protocolos propios del hospital.

X8: “En la intranet del hospital también hay cosas. Hay muchos protocolos de

información allí.” (Grupo de 2 a 10 años)

X1: “Si hay protocolos o procedimientos que estén en el departamento y ya a partir de ahí pues buscando bibliografía que haya tipificada sobre este problema.” (Grupo de más de 20 años)

Como elemento diferenciador cabe destacar que en el grupo de 0 a 2 años surgieron recursos para buscar evidencia científica bastante confusos o discutibles que sólo se nombraron en este grupo, tales como preguntar al proveedor del producto, consultar en el vademecum o preguntar al médico sobre los procedimientos a realizar.

X3: “...y lo de los apósitos muchas veces las casas comerciales.” (Grupo de 0 a 2 años)

X3: “Pues yo en este caso, lo que te digo yo, lo que he mirado más así de medicación vademécum...”

Muchas: “Vademécum.” (Grupo de 0 a 2 años)

X1: “Bueno, yo se lo pido a los médicos.” (Grupo de 0 a 2 años)

En el grupo de coordinadoras se mencionó la unidad de investigación del hospital como fuente de evidencia.

X2: “Hay una unidad de investigación que ahí sí que nos pueden dar un poquito de soporte pero es muy, es muy nueva eh, muy de creación muy reciente. Y hay un grupo de investigación al que te puedes, te puedes apoyar.” (Grupo de Coordinadoras)

Por último, una de las manifestaciones que surgió en el grupo de más de 20 años fue que si la evidencia la necesitaban de una forma inmediata lo que hacían era parar en su jornada laboral para realizar una consulta rápida sobre el tema, mientras que si el tema requería una profundización mayor realizaban la búsqueda en los turnos que más les favorecieran la búsqueda.

X6: “Si tienes que revisar un protocolo o eso pues ya lo haces pues haciendo una búsqueda bibliográfica de todo lo que, sobre lo último que haya publicado y ya es en otro momento.”

X4: “Si es una duda muy urgente pues en el momento paras y buscas.” (Grupo de más de 20 años)

1.5 Diseminación de la Enfermería Basada en Evidencia

En lo que se refiere a los medios por los que se transmite la evidencia, los clasificamos de sistemas informales y sistemas formales.

Denominamos sistemas informales a aquellos que aparecieron en todos los grupos de discusión y que consistían en compartir la información adquirida en torno a la nueva evidencia disponible. Así, se habló de hacerlo en espacios como el *office*, el momento de tomar el café, el momento de realizar una determinada técnica, destacándose la importancia del boca a boca y la transmisión de la información de manera oral.

X3: “En el café.” (Ríen)

X4: “No, yo creo que en el momento de....”

X6: “Cuando surge.”

X4: “Que sí, cuando estás trabajando con algo relacionado con lo que acabas de encontrar en ese artículo que te acabas de leer es cuando lo pones sobre la mesa.” (Grupo de 10 a 20 años)

X6: “Al fin y al cabo lo que se transmite es el boca a boca.” (Grupo de 10 a 20 años)

X4: “En el tiempo de trabajo o en el cambio de turno, ¿no? Cuando ves a ese compañero, o cuando vas a realizar esta técnica o tal. ¡Ostras! Pues leí que se hacía... Que era mejor vetadine que clorhexidina. Yo qué sé, ¿sabes? Pues tipo esto, en el momento en el que lo ves.” (Grupo de 2 a 10 años)

En todos los grupos excepto en el coordinadoras se habló del hecho de la inexistencia de sesiones formales en las que se pudiese compartir la nueva evidencia con los compañeros de trabajo.

M: “O sea, cuando compartís de alguna manera esta evidencia es de una manera informal, ¿no? No hay una forma institucionalizada, dijésemos, para compartir....”

Muchos: “No, no, no.” (Grupo de 0 a 2 años)

M: “Pero sería de una manera informal...”

Muchos: “Sí, sí.”

M: “No de una manera formal institucionalizada.”

Muchos: No, no.

X4: “Informalísima.” (Grupo de 2 a 10 años)

Pese a la inexistencia de tales sesiones, el grupo de 0 a 2 años fue el único que reclamó ese espacio ya que en el resto de grupos la idea principal que se desprende de su debate es que la transmisión de evidencia a través de vías formales carece de eficacia y por lo tanto prefieren, desde su punto de vista, las vías de transmisión informales.

X2: “No de explicarte un protocolo, pero sí que a lo mejor pues sí que podría haber cada semana un tiempo para: venga, vamos a repasar hoy. Vamos a repasar, vamos a comentar pues... Este tema, ¿no?.” (Grupo de 0 a 2 años)

1.6 Ventajas de trabajar con Enfermería Basada en Evidencia

En los grupos realizados se debatió ampliamente sobre las ventajas que proporcionaba a las enfermeras el hecho de trabajar con evidencia.

En todos los grupos se habló de que el hecho de trabajar con evidencia mejora la autonomía de la enfermera. En el grupo de 2 a 10 años, se destacó además la trascendencia que este modo de trabajar podía tener a la hora de debatir y argumentar algún cambio en cuanto a los cuidados de enfermería.

X3: “Tampoco creo que siempre tengas que ir al médico a decirle, que sea él el que te dé la aprobación para que tú puedas hacer una cura de determinada manera. Si hay una evidencia en un artículo y te pones de acuerdo con la coordinadora o con el equipo de trabajo creo que se tendría que poder aplicar.” (Grupo de 0 a 2 años)

X1: “En un sitio donde todo está muy, que no puedes cambiar nada, ahí es donde creo que sí que tiene que entrar todavía más el que tú estés formado y basado en la

evidencia para que tengas tantos argumentos como para poder debatir cualquier cosa.(...) Ahí te tienes que currar todavía mucho más tener las fuentes: pues mira, es que esto está demostrado y se utiliza aquí, aquí y aquí y se ve y va a ser un trabajo más... (...) No digo que sea fácil, o sea, fácil está claro que cualquier cambio es difícil porque uno está aquí y cambiar es complicado pero bueno, que yo creo que teniendo los argumentos y si realmente nos basamos en la evidencia, te va a ayudar.” (Grupo de 2 a 10 años)

En los grupos de 2 a 10 años y en el de más de 20 años se destacó que trabajar con Enfermería Basada en Evidencia unifica criterios a la hora de realizar cuidados de enfermería.

X1: “El hacer las cosas y saber que las estás haciendo bien, como toca y para unificar criterios también, para comparar, para satisfacción también, estás haciendo las cosas bien.” (Grupo de 2 a 10 años)

X4: “Unas directrices, con unos protocolos básicos y después lo importante, además, es tener conciencia de todo ello. Y luego cada paciente claro, es, va a ser único y diferente y lo vas a aplicar... Pero todos tenemos de base los protocolos para trabajar todos igual.” (Grupo de más de 20 años)

En cuanto a los grupos de 0 a 2 años y en el de coordinadoras el mayor beneficio del que se habló fue el hecho de que te proporcionaba tranquilidad y seguridad a la hora de llevar a cabo la práctica enfermera.

X1: “Sí. Que lo he hecho, lo he hecho así porque hay esta evidencia y sé que está bien, que está bien hecho. Yo creo que es por eso.”

X3: “No hacerlo porque sí.”

Muchos: “Sí, sí.” (Grupo de 0 a 2 años)

X4: “Voy más tranquila, voy más segura.” (Grupo de 0 a 2 años)

X2: “Hombre, yo creo que si realmente consigues aplicar un protocolo nuevo, pongamos por caso, basado en evidencia científica y ves que te da unos resultados pues esto es un motivo de satisfacción.” (Grupo de coordinadoras)

1.7 Barreras al uso de evidencia

Respecto a los elementos que los grupos identificaban como dificultades a la

hora de trabajar con evidencia se decidió diferenciar entre factores externos a la persona y factores intrínsecos del propio individuo.

Entre los factores externos, el más importante en todos los grupos realizados resultó ser la falta de autonomía para aplicar la evidencia científica, ya que en el hospital está bastante limitada y subyugada a las indicaciones médicas que frenan, de alguna manera, las iniciativas de las enfermeras.

X9: “Sí, es que en hospital hay muchas actividades todavía delegadas del médico entonces nos queda poco espacio para nuestra autonomía.” (Grupo de 2 a 10 años)

X2: “Sí, digo en teoría porque luego muchas veces te traen al paciente para que lo relajés. Yo hago mi consulta, yo hago mi valoración y yo decido y ya la tenemos liada (Ríen). Yo soy la primera que pienso que se tendrían que hacer seguimientos semanales y establecer los objetivos por parte del equipo multidisciplinar pero una cosa es la teoría y otra cosa es que luego la dinámica de la propia reunión vaya por ahí, ¿no? O vaya por otro lado. Al final el médico empieza a anunciar diagnósticos y dices bueno, vale. (...) Mi objetivo es que este señor se aguante de pie mañana, mañana o de aquí quince días, que se vaya poniéndose de pie para que se pueda ir a casa y su hijo le pueda cuidar, este es nuestro objetivo: que no se ulcere, que no esté desnutrido...”

X5: “Son situaciones muy diferentes porque cada uno tiene su servicio y en su unidad es diferente.”

X2: “La teoría la sabemos pero yo sólo lo he visto en revistas americanas. No sé si se hace en algún sitio, que ojala se haga. Nosotros aún no hemos aprendido, en nuestro caso.” (Grupo de más de 20 años)

Otro de los factores externos que más destacó fue el hecho del tipo de contrato laboral. Se destacó que resulta mucho más difícil aplicar la evidencia cuando uno acaba de llegar a una unidad y tiene un tipo de contrato más precario, ya sea como pull, nombre con el que se denomina en sanidad a aquella enfermera que cubre puntualmente las bajas cortas en las diferentes unidades del hospital que no suele tener un turno concreto y cambia de unidad incluso el mismo día, o como enfermera contratada de forma eventual. Este tema surgió en el grupo de 0 a 2 años,

de 2 a 10 años y de 10 a 20 años.

X4: “Pues muchas veces no porque resulta que llegas, eres la última mona en llegar, aunque vayas a trabajar seis meses allí siempre hay gente que te remarca que tú eres la última en llegar, que tú llevas equis años y yo llevo tantos y que aquí ya no mandan sólo los protocolos sino, yo que sé, cualquier chorrada y bueno, pues te tienes que callar.” (Grupo de 0 a 2 años)

X6: “Yo tengo que callar aunque no comulgue pero es que mi situación no me permite hacer otra cosa. Es la impotencia, es sentirte muy, muy, muy mal.” (Grupo de 2 a 10 años)

X2: “Tengo una semana de contrato o dos días o soy pull o yo que sé y entonces hoy estoy aquí, mañana estoy aquí y pasado estoy en otro servicio entonces es imposible que una persona pueda llevar a cabo una investigación, ni mucho menos plantearse, o utilizar la evidencia.” (Grupo de 10 a 20 años)

Tanto en el grupo de 2 a 10 años como en el de coordinadoras se destacó la falta de apoyo institucional.

X2: “Aparte que no tenemos ni el apoyo en el sentido docente, en el sentido de que no tenemos motivación, la motivación en el sentido de tiempo, ¿vale? No tenemos un tiempo para dedicar, no tenemos las mismas horas de formación, por ejemplo, que tienen otros profesionales del mismo centro donde tú trabajas, que pertenecen a otro colectivo... Facilidades cero.” (Grupo de coordinadoras)

Relacionado con el motivo anterior, en el grupo de 0 a 2 años se habló del hecho de que a veces los cambios basados en la evidencia al ser impuestos desde la institución sin proporcionar ninguna información sobre los estudios que los motivan resultan mucho más difíciles de aplicar.

X5: “Yo creo que a veces te imponen las cosas, por ejemplo, nosotros curábamos las vías con yodo, llegó un día la coordinadora y dijo que a partir de cierto momento se iba a empezar a curar con clorhexidina. Estás implicada porque lo tienes que curar tú cada día pero tampoco, o sea, también te lo impusieron.” (Grupo de 0 a 2 años)

Otro de los problemas que se identificaron en el grupo de 0 a 2 años y en el de más de 20 años fue que en muchas ocasiones la enfermera realiza un cambio en el

tratamiento basado en nuevas evidencias sin que esté pautado por el médico de manera que si surgiese algún problema a raíz del cambio realizado de manera independiente la ley no legitimaría su acción y por tanto se verían envueltas en problemas legales, hecho que obstaculiza el trabajar con nueva evidencia ya que carecen de un respaldo legal.

X1: “Hemos tenido que llevar a pacientes con amputaciones sagitales, que son heridas abiertas, con las órdenes médicas de curar cada doce horas con agua, jabón y cepillo. Entonces nosotras obviamos esta orden médica, nuestros médicos, bueno, nos respaldan entre comillas, ¿no? Hazle lo que quieras siempre y cuando no se infecte más. Y nosotros aplicamos los protocolos de curas de úlceras sangrantes. Pero vamos, igual algún día nos vemos en el juzgado. *(Ríe)* Por intromisión y habrá que traer a los abogados.” (Grupo de más de 20 años)

También se habló de otro tipo de barreras que impedían o dificultaban el uso de evidencia en la práctica diaria. Sin embargo este tipo de barreras eran más bien intrínsecas de la propia persona en el sentido de que por una razón u otra se identificaban a sí mismos como incapaces de aplicar la evidencia.

Entre estas barreras intrínsecas a los profesionales en todos los grupos se destacó como principal problema a la hora de introducir nuevos cambios basados en evidencia la resistencia al cambio.

X4: “Y luego también sigue habiendo todavía bastante personal que como ese protocolo no le va bien o cree que no se tiene que hacer así lo hace a su manera entonces... yo estoy en una unidad en la que es súper importante que sigamos protocolos y que actuemos todos al unísono y como grupo y sigue habiendo disparejos y se nota muchísimo.” (Grupo de 0 a 2 años)

X3: “Hay mucha evidencia que no la aplicamos, que se hace como toda la vida se ha hecho, ¿por qué? Pues porque toda la vida se ha hecho así.” (Grupo de 10 a 20 años)

X4: “Pero a veces se observa que cuestan mucho los cambios, aunque se haya demostrado cada cambio que se va a hacer, porque se ha demostrado que aquello que hacíamos no estaba bien y es mejor de otra manera, por mucho que se presente el

estudio, por mucho que se quiera hacer. Cuesta mucho cambiar viejos hábitos.”
(Grupo de más de 20 años)

Otro de los motivos utilizados para no aplicar evidencia era que ésta necesitaba una adaptación a cada contexto que en muchos casos era difícil de realizar. Este argumento surgió en los grupos de 2 a 10 años, de 10 a 20 años, de más de 20 años y en el de coordinadoras.

X5: “Te puedes bajar un protocolo, te puedes bajar evidencia clínica pero bueno, siempre la evidencia clínica la tienes que analizar, creo yo. Luego, a la hora de estar trabajando con respecto a los materiales que tú tienes pues hay veces pues que no puedes preparar todo un campo estéril de todo el paciente, de todo tú, de toda la sala (*ríen*) y poner flujo laminar en el codo del paciente.” (Grupo de 2 a 10 años)

X5: “Si no te haces una versión tuya pues igual es difícil encajarlo directamente como tú lo has encontrado. Pero seguramente te puede ayudar mucho a mejorar aplicándolo con lo que tú tienes en tu trabajo diario.” (Grupo de más de 20 años)

X9: “Pero hay muchas cosas que tienes que adaptarlas. No es tan fácil coger un artículo y decir mira, que esto voy a aplicarlo mañana en la unidad. No, no se puede hacer.” (Grupo de coordinadoras)

Por otra parte, a través del discurso se identificó un problema muy común entre los participantes de los grupos por el cual no aplicaban la evidencia disponible y era la confusión entre la práctica profesional y la aplicación de evidencia. Esta confusión se dio tanto en el grupo de 0 a 2 años, en el de 10 a 20 años y en el de más de 20 años.

X4: “Al hacer las cosas de determinada manera durante un tiempo llegas a la evidencia de que aquello está funcionando, lo estudias y después ya lo puedes utilizar con una base científica. Pero que el inicio no es vamos a estudiarlo primero sino que lo vamos utilizando.” (Grupo de 10 a 20 años)

X2: “Yo creo que sí, yo creo que el día a día nuestro hace eso, vamos generando evidencia sin darnos cuenta. No quiere decir que todo tenga que ser científicamente y tal.” (Grupo de 10 a 20 años)

Otro de los motivos argumentados fue la falta de motivación del personal tanto para aplicar nuevos cambios como para investigar. De este tema se habló en los grupos de 2 a 10 años de experiencia, de 10 a 20 años, de más de 20 años y en el grupo de coordinadoras. Respecto a la falta de motivación se dijo que venía dada por varios factores. Por una parte, la impresión de que el hecho de investigar no serviría para nada y por otra, la falta de motivación general hacia la profesión.

X2: “¿Y qué sentido tiene? Estar estudiando y hacer todo el trabajo que tengas que hacer para después no conseguir aplicar lo que.... Es que a ver, muchas veces, ¿para qué? Y eso muchas veces desmotiva a la gente.” (Grupo de 10 a 20 años)

X3: “Motivar un poco más a la gente, tampoco sé como pero, igual hay gente que es más reacia a veces” (Grupo de coordinadoras)

En todos los grupos realizados, excepto en el de 0 a 2 años, se llegó a la conclusión de que la falta de aplicación de evidencia posiblemente se debía al hecho de que en muchos casos las enfermeras no lo consideran como una responsabilidad propia en su trabajo diario.

X4: “Sí que es verdad que pequeños cambios que nosotros podríamos introducir pues tampoco los hacemos. Que igual no costarían dinero sino que son pequeños cambios en nuestra forma de trabajar o hacer cosas.” (Grupo de 10 a 20 años)

X9: “El problema es lo mismo, culturalmente y por recursos y por tiempo y por tal la gente no está por la labor. Ya cuesta que hagan el trabajo diario como para decirle que se ponga a hacer una búsqueda bibliográfica.” (Grupo de coordinadoras)

Se habló también de incredulidad ante la nueva evidencia en los grupos de 0 a 2 años, de 2 a 10 años y de 10 a 20 años.

X6: “Bueno, otras maneras de trabajar que no están demostradas científicamente, de manera científica también puede dar el mismo resultado.” (Grupo de 0 a 2 años)

X1: “Si tú ves que funciona y si tú tienes la base científica y luego además lo ves, porque realmente que te digan que funciona te lo puedes o no te lo puedes creer, pero

si tú lo aplicas y lo ves es que te basta.” (Grupo de 10 a 20 años)

X6: “El conocimiento poco a poco muchas veces se va diluyendo. Otras veces las recomendaciones que te dan no son aplicables y nosotros hacemos otras cosas diferentes y la evidencia no acaba por definir muy bien lo que nosotros hacemos.” (Grupo de 10 a 20 años)

Salió a relucir el hecho de que en las diferentes unidades la aplicación de evidencia es desigual entre el personal de enfermería y esto crea más dificultades. Este punto fue considerado como un tema relevante por los participantes en los grupos con menos años de experiencia (de 0 a 2 años y de 2 a 10 años).

X3: “Cuando estás con un grupo que sigues el mismo tipo de cura tú lo notas en la cura, o sea, ves la evolución. En cambio, si viene uno, lo cura de una manera, vienes tú y lo curas de otra... Que esto pasa mucho en el hospital. (...) Muchas veces se retrasa la curación de la úlcera por, por no seguir el mismo cuidado.” (Grupo de 0 a 2 años)

X5: “Yo creo que también muchas veces nos chocamos contra nosotros mismos porque, por ejemplo, yo veo que no hay mucha unidad porque se ve que nosotros nos interesamos y tal por lo que estamos hablando, por parte del grupo entero, pero luego hay un porcentaje, cada vez menor, de enfermeras que se van hacia esa sumisión, entre comillas, para obtener más comodidad.” (Grupo de 2 a 10 años)

Uno de los motivos que surgió en el grupo de más de 20 años, fue la inexistencia, según ellas, de investigación en enfermería.

X6: “Y que enfermería está arrancando ahora, por mucho que digamos en el tema de investigación yo creo que hay muy poco.” (Grupo de más de 20 años)

1.8 Facilitadores en el uso de evidencia

Se identificaron una serie de facilitadores que ayudaban a la implantación de nueva evidencia. Uno de ellos fue la experiencia profesional dentro de la unidad. En los grupos de 0 a 2 años, 2 a 10 años y 10 a 20 años las enfermeras participantes opinaban que cuantos más años se lleva como profesional en la misma unidad más

facilidades hay para aplicar evidencia en tu trabajo diario.

X1: “Cuanto más veterana eres en la planta más te escucharán. Más dirán este lleva más años aquí, debe saber como van las cosas, que no tiene porqué saberlo más que una nueva que trae las cosas bien antes de entrar.” (Grupo de 0 a 2 años)

X6: “Está relacionado también con lo que se comentaba aquí antes, ¿no? El tiempo de experiencia que uno tiene dentro de su propia unidad te da seguridad o tal y te motiva o te desmotiva para según que cosas.” (Grupo de 10 a 20 años)

Otro facilitador que se identificó en los grupos de 0 a 2 años, de 2 a 10 años y de 10 a 20 años fue la existencia de un equipo multidisciplinar en la unidad.

X5: “Yo creo que mientras más amplio sea el abanico de multidisciplinariedad (ríen) pues más abierto estará a escucharte. Pero claro, si está enfermera, auxiliar, médico.” (Grupo de 2 a 10 años)

X4: “La unidad tiene que hacer una reunión o algo así y que todos los miembros o todos lo que puedan vayan y decidan que se tiene que hacer de aquella manera porque tiene una evidencia científica detrás que demuestra tal beneficio.” (Grupo de 2 a 10 años)

Otro de los factores que favorece la implantación de evidencia según los profesionales participantes en el grupo de 0 a 2 años son las buenas relaciones entre los profesionales de enfermería.

X3: “Yo tuve la suerte que el primer día que entré de, de, a trabajar pues dos enfermeros que eran un amor y que yo les preguntaba las curas y me lo explicaban, me decían donde estaba todo.” (Grupo de 0 a 2 años)

X2: “A mí aquí, justo aquí en este hospital estuve un mes en la cuarta B y estuve desde el primer día tan bien, me acogieron tan bien, un caos, pero bien, pero respaldada.” (Grupo de 0 a 2 años)

En el grupo de 10 a 20 años se destacó el hecho de que para aplicar nueva evidencia cuanto más reducido sea el número de enfermeras de la planta más posibilidades hay de implementarla ya que es mucho más fácil ponerse de acuerdo.

X2: “Yo trabajo con ciento diez me parece o ciento veinte personas que pasan para arriba, para abajo y tal y es muy difícil implementar y llegar a las personas y generalizar. En diálisis yo, éramos diez y aquello se hacía facilísimo.” (Grupo de 10 a 20 años)

Por último, en el grupo de 2 a 10 años se destacó que es mucho más fácil aplicar nueva evidencia como enfermera de AP que como enfermera de hospital ya que las primeras, desde su punto de vista, son más autónomas.

X4: “En cambio pienso que en primaria sí que tienen más libertad y más autonomía, referente al paciente, para hacer determinadas acciones, por ejemplo.” (Grupo de 2 a 10 años)

2. Requisitos para investigar

En esta familia se agrupan todas aquellas opiniones sobre los requisitos o elementos indispensables que las enfermeras piensan que son necesarios para llevar a cabo la investigación científica (Figura 6).

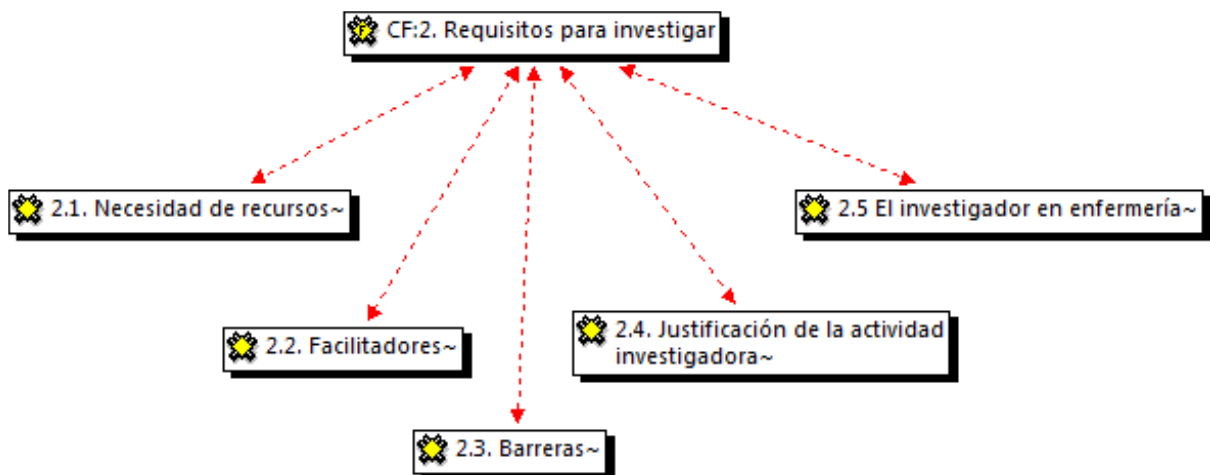


Figura 6: Requisitos para investigar

2.1 Necesidad de Recursos

A los diferentes grupos se les preguntó a las enfermeras sobre aquellos recursos que pensaban que serían necesarios para poder llevar a cabo investigación científica.

La necesidad que surgió en casi todos ellos, exceptuando el formado por enfermeras con más de 20 años de experiencia, fue la referida a la inclusión de un tiempo para la investigación en la jornada laboral.

En el grupo formado por enfermeras de 0 a 2 años de experiencia se resaltó principalmente la falta de tiempo para realizar cualquier otra actividad diferente de la atención directa al paciente.

X5: “Intentas sacar el trabajo buenamente en tu turno y ya está. Lo que no se puede hacer es tener cuatro ingresos en una tarde, como algún día hemos tenido. Más intentar dar el alta...”

X2: “No hay tiempo, yo creo que ese es un poco el problema.” (Grupo de 0 a 2 años)

En el grupo de 2 a 10 años se habló también de la necesidad de tiempo dentro de la jornada laboral para investigar y muchos de ellos proponían que el tiempo dedicado a la investigación fuera del horario de trabajo se compensase de alguna manera desde el hospital.

X8: “(...) horas libres para poder dedicarte a hacer un estudio, para poder hacer una sesión, una recogida de datos. Algo. Horas que a la vez estás trabajando.” (Grupo de 2 a 10 años)

X4: “Si te compensan con horas que tú tengas tiempo para hacer eso sí pero si tú lo tienes que hacer en tu jornada laboral, que es lo que te digo yo, que tienes menos personal del que toca, es que es imposible, es imposible.” (Grupo de 2 a 10 años)

En el grupo de 10 a 20 años también se debatió de forma extensa sobre esta necesidad de tiempo en la jornada laboral para poder investigar, pero en este grupo se

propuso más que un tiempo diario se dedicase un tiempo semanal a la investigación científica.

X5: “Necesitaríamos tener tiempo para poder ir reciclándonos y estudiar y tal, como mínimo semanalmente, ya no te digo a diario porque a diario es imposible, ni ganas debes tener pero como mínimo poder tener semanalmente alguna horilla para poder, ¿sabes? Dentro del horario laboral.” (Grupo de 10 a 20 años)

En el grupo de coordinadoras también se destacó la falta de tiempo para investigar. Para solventar el problema, se efectuó la propuesta, apoyada por gran parte del grupo, de contar con gente que se dedicase de forma exclusiva a la investigación y que, posteriormente, transmitiese a la plantilla de enfermería de la unidad sus conocimientos.

X7: “Es que todo va a lo mismo, tener gente que pueda dedicarse sólo a eso. Y que nos pueda ayudar a hacer investigación.”(Grupo de coordinadoras)

Todos los grupos excepto el formado por enfermeras con más de 20 años de experiencia, hablaron sobre la necesidad de liderazgo en cuanto a la investigación.

X5: “Yo en mi trabajo, en mi servicio sé que hay gente que son buenos en investigación y entienden y tal pero claro siempre les estoy dando, siempre le estoy dando la chapa a ellos y claro, ¿ellos que culpa tienen? Claro, pues podrían facilitarnos de tal horario a tal horario, no es tutoría porque no estamos en la universidad pero...”

Muchos: “Sí, una ayuda, sí.” (Grupo de 2 a 10 años)

X2: “Muchas veces necesitamos líderes, ¿no? Personas a las que seguir, o sea, enseñar a gente.” (Grupo de 10 a 20 años)

X6: “Quizás también hace falta un poco de asesoramiento hacia las personas que quieren y no saben. Que exista la figura de alguien que les apoye y que exista un espacio o una dotación en recursos materiales que te facilite eso.” (Grupo de 10 a 20 años)

En el grupo de 10 a 20 años se mencionó que ese líder no tiene porque coincidir con la coordinadora de la planta y en el grupo de coordinadoras se comentó

que ellas también perciben la necesidad de ese liderazgo en cuanto a investigación y en ningún caso se declararon como responsables de llevar a cabo o impulsar esa tarea.

X3: “No, pero cuando el líder es una persona, el líder no es precisamente el supervisor.” (Grupo de 10 a 20 años)

X9: “Entonces o haces asistencia, a nivel macro, ¿formarte en investigación? Puedes hacer un curso de cuarenta horas como lo he hecho yo tal, vale, pero yo pasado mañana no me acuerdo de nada. Vale. Una enfermera que esté formada, pues igual que hay médicos investigadores o sea, una documentalista, ya no sólo enfermería solamente, a lo mejor tener el acceso a un documentalista, hacer, bueno, la biblioteca sí que hace las funciones y tal, pero bueno, alguien que, que te dé soporte....” (Grupo de coordinadoras)

Por último, en el grupo formado por enfermeras de 2 a 10 años de experiencia se mencionó de forma reiterativa que para poder llevar a cabo actividades de investigación en el hospital sería necesario un reconocimiento explícito de esta práctica, que actualmente no se obtiene.

X8: “Todas las horas que dediqué al protocolo fueron horas libres más que regalé al hospital para aclararme, para documentarme... Eso no se reconoce de ninguna manera, aparte de la satisfacción porque tú te das cuenta y todo el mundo puede aprender y todo el mundo puede coger el protocolo pero el hospital no te acredita la sesión.” (Grupo de 2 a 10 años)

X1: “Hemos conseguido que hasta dos horas nos cuentan como trabajadas con lo cual haces tu sesión ajustada a dos horas pero conseguir eso es difícil, con lo cual si no te lo hacen lo haces un mes pero al mes siguiente dices voy a quedarme yo aquí a hacer tres horas de mi tiempo a nada, por mucho que realmente en el fondo me apetezca.” (Grupo de 2 a 10 años)

En el resto de grupos realizados esta necesidad de reconocimiento pasó desapercibida y ni tan sólo fue mencionada.

2.2 Facilitadores

En los diferentes grupos de discusión realizados se preguntó por cuales eran

los elementos que facilitan que el personal de enfermería de los hospitales investigue. En todos los grupos realizados se llegó a la conclusión de que el mayor facilitador es el hecho de estar motivado o implicado en la investigación.

X4: “Y luego súper importante eso, que el personal se sintiera implicado.”

Muchos: “Sí, sí, sí.”

X4: “La implicación del personal.” (Grupo de 0 a 2 años)

X2: “El supervisor sabe perfectamente cuales son las personas en su servicio que se dejan más de, se dejan caer y las personas que se preocupan y que tienen motivación, están incentivadas y todas esas cosas.” (Grupo de 10 a 20 años)

X5: “Pues cualquier persona que tenga sobre todo ganas. De eso va a depender que el resto de enfermeros se nutra.” (Grupo de más de 20 años)

2.3 Barreras

Se identificaron cuatro elementos que según las enfermeras obstaculizan llevar a cabo cualquier tipo de investigación en los hospitales. La falta de unidad en cuanto a la decisión de iniciar la investigación de un tema concreto por parte del equipo de enfermería, la dificultad de acceso a la información, la falta de cultura investigadora por parte de enfermería y el hecho de que la investigación dependa directamente de la obtención de financiación.

Además, no todas las enfermeras de la unidad sienten la necesidad de investigar. Este tema se trató en los grupos de 2 a 10 años y de 10 a 20 años de experiencia y fue debatido de forma extensa en el grupo de coordinadoras.

X5: “Nosotros la última reunión que tuvimos lo más importante era que no nos peleáramos con la limpiadora, ¿qué evidencia hay?” (Grupo de 2 a 10 años)

X9: “Pero en nuestra unidad hicimos lo del proyecto FIS de las familias. Eso es una batalla campal porque por mucha evidencia y por mucho trabajo que se haya hecho y por mucha investigación y por mucha entrevista cualitativa en la que diga que las familias están mejor dentro con el paciente, la enfermera lo que quiere es quitarse de

encima la familia a las seis y media de la tarde y si tú le dejas quedarse hasta las once de la noche, no te digo la que tenemos liada allí.” (Grupo de coordinadoras)

Otra de las barreras identificadas fue la dificultad de acceso a las fuentes de información para llevar a cabo la investigación, si bien fue identificada únicamente en el grupo de 10 a 20 años de experiencia y en el de coordinadoras.

X2: “O de repente encuentras un artículo, mira tú esta revista, intentas entrar, no tienes acceso a ella.” (Grupo de 10 a 20 años)

X3: “Si lo quieres hacer en tu casa tranquilamente no tienes acceso.” (Grupo de 10 a 20 años)

X9: “Y el acceso también es complicado porque yo ahora por ejemplo en casa quiero ponerme y no tengo acceso a las bases de datos por ejemplo para poder hacer una cosa, tengo que estar en el hospital para hacerlo....”

Muchos: “No, no, no, tienes que estar en el hospital, exacto, sí.” (Grupo de coordinadoras)

En el grupo de coordinadoras se destacó que la principal barrera que ellas identificaban era lo que denominaron como falta de cultura investigadora entre las enfermeras, es decir, desconocimiento hacia la actividad investigadora y falta de costumbre para realizarla.

X2: “No, no, por lo menos aquí no cabía, no, ni se planteaba y hoy en día yo pienso que... No sé si se plantea pero la gente sigue sin cultura para investigar.” (Grupo de coordinadoras)

X8: “Para que la gente se meta en la bibliografía y revisen, bueno, me ha costado un triunfo. Horrible. Sí, pero por lo que he dicho al principio, la gente no tiene cultura, no.” (Grupo de coordinadoras)

Por último, en el grupo de 10 a 20 años de experiencia se habló brevemente sobre la dificultad añadida de que la investigación dependa directamente de la financiación y que en muchas ocasiones el hospital no está dispuesto a realizarla.

X6: “Pero eso no puede ser porque no pueden poner pasta.”

X5: “Ya, pero la pregunta es otra, la pregunta es otra. Quien debería generar evidencia.

Yo creo que nosotros, los que estamos trabajando....”

X6: “¿Tú que eres? ¿Enfermera no? Pues a currar.”

X2: “Pero es que esto es pasta invertida, esto es inversión.”

X6: “Ya.”

X2: “Es una inversión en, en enfermería...” (Grupo de 10 a 20 años)

2.4 Justificación de la actividad investigadora

Surgió el tema de por qué motivo era necesario que las enfermeras investigasen. Se destacó que la investigación era necesaria porque las enfermeras deben realizar un reciclaje continuo y porque deben preguntarse a diario sobre su práctica clínica.

En los grupos de 0 a 2 años, en el de más de 20 años de experiencia y en el de coordinadoras se señaló que la investigación en enfermería es necesaria sobre todo por el hecho de que las enfermeras necesitan un reciclaje continuo de la profesión.

X4: “Pero la nuestra no es una profesión estática, es una profesión que evoluciona, que cambia, que cambia de hoy para mañana.” (Grupo de 0 a 2 años)

X4: “Siempre intentas superarte, mejorar, y siempre estar tratando de... Es que estás siempre enseñando y siempre mejorando.” (Grupo de más de 20 años)

X6: “Tengo enfermeras muy antiguas que tienen mucha práctica pues por los años que llevan trabajados, pero que no han hecho una formación continuada entonces así los conceptos estos se les pierden, en cambio enfermeras más jóvenes, así de la franja de edad de los veintitantos hasta los treinta y pocos han tenido ya esa formación.” (Grupo de coordinadoras)

Por otra parte, en el grupo de 2 a 10 años de experiencia se habló sobre que la actividad investigadora se encuentra relacionada de forma directa con la necesidad que las enfermeras tienen de cuestionarse su práctica clínica.

X2: “Porque siempre hay prácticas que se pueden mejorar o no mejorar si no para compara con otras formas de trabajar y ver realmente si conviene o interesa cambiar o

no, a lo mejor la tuya en ese momento es la más adecuada, ¿no? Pero hacerse preguntas constantemente creo que es la mejor manera.” (Grupo de 2 a 10 años)

2.5 El investigador en enfermería

En los grupos realizados se preguntó de forma explícita quién pensaban que debía llevar a cabo la actividad investigadora en enfermería. Ninguno de los grupos respondió que ésta tuviese que llevarse a cabo por enfermeras que se dedicasen de forma exclusiva a la investigación.

En el grupo de enfermeras de 0 a 2 años, de 10 a 20 años de experiencia y el de coordinadoras, se comentó que la investigación científica en enfermería puede llevarla a cabo cualquier enfermera asistencial.

X2: “Las que trabajan a diario en un, en una misma unidad o diferente, pero vaya, las que están trabajando ahí en, en el servicio.” (Grupo de 0 a 2 años)

X5: “No, las de día a día, lo que pasa es que a ver, dentro de una utopía para mí sería fantástico que a nosotros nos dejaran diez horas semanales para poder estar en nuestros estudios.” (Grupo de 10 a 20 años)

X8: “Eso es lo que yo creo que es lo que estoy diciendo, que lo ideal, lo ideal sería de la misma unidad o de la gente que trabajamos en eso mismo.” (Grupo de coordinadoras)

Por otra parte, en los grupos de 0 a 2 años, en el de más de 20 de experiencia y el de coordinadoras se habló de que lo ideal sería una colaboración en la investigación entre enfermeras especializadas en investigación y enfermeras asistenciales.

X4: “Ambas. La que está liberada tiene mucho más tiempo para dedicarse a estudios científicos y a empaparse de artículos y demás y la que está en la práctica es la que te va a decir mira, esto funciona, esto no, esto falla, hay carencia de esto, esto nos sobra, no dediquéis más dinero ni más tiempo a esto. En equipo.” (Grupo de 0 a 2 años)

X6: “Todo el mundo.”

X3: “Las que estén trabajando pueden investigar.”

X2: “Las que tengan ilusión.” (Grupo de más de 20 años)

X9: “La figura de la enfermera investigadora a nivel hospitalario, o sea, no que venga alguien de la universidad a presentarte tal, si no a nivel hospitalario por ejemplo sí que ayudaría y fomentaría bastante el tema de investigación en enfermería.” (Grupo de coordinadoras)

Por último, en el grupo de 0 a 2 años de experiencia también se debatió sobre la posibilidad de que la investigación científica en enfermería recayese sobre un grupo multidisciplinar.

X1: “Yo creo que todos.”

X3: “Sí, todos.”

X1: “Tanto médicos como enfermeras como auxiliares como todo el personal sanitario.” (Grupo de 0 a 2 años)

3. Relaciones interprofesionales

Esta familia agrupa todas las alusiones que las enfermeras participantes hicieron a otros miembros del equipo asistencial de la unidad (Figura 7).

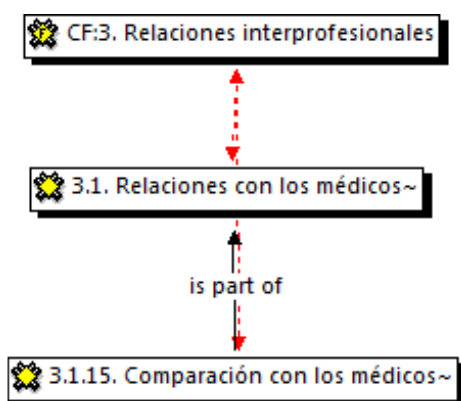


Figura 7: Relaciones interprofesionales

3.1 Relaciones con los médicos

En todos los grupos de discusión emergió de forma espontánea la relación que tienen las enfermeras con los médicos y la manera en que las enfermeras piensan

que estas relaciones influyen en la forma de aplicar la evidencia en su práctica clínica así como en otros aspectos de su vida laboral.

En todos los grupos se hizo referencia a que la figura del médico podía ser en ocasiones una gran ayuda para llevar a cabo investigación científica por parte de las enfermeras o para la aplicación de evidencia a su práctica diaria. No obstante también podían ser elementos que lo dificultasen.

X4: “Yo me he encontrado con equipos multidisciplinares que eran una pasada, pero una pasada, pero bueno. Y luego otros que....”

X3: “Depende de donde te haya tocado.” (Grupo de 0 a 2 años)

X7: “Yo me he encontrado algunos médicos que me han preguntado y esto como se hace.”

X6: “Pero no es la tónica general, ¿verdad?”

X7: “No hombre, normalmente no, pero hay alguno que ha preguntado y eso...”

X2: “Es que depende un poquito de en que ambiente te muevas...” (Grupo de 2 a 10 años)

En general se concluyó que los médicos no solían dificultar la aplicación de nueva evidencia en las unidades o la realización de investigación siempre y cuando no afectase a su rutina.

X6: “Yo creo que depende. Depende de la investigación que lleves a cabo. Si es exclusivamente de enfermería, yo por ejemplo, en mi caso la verdad es que tengo un buen respaldo de los médicos. Ahora bien, también tenemos claro todas las compañeras que si en algún momento nos pusiéramos a investigar algo que pudiese retrasar su rutina o su forma de trabajar después los tendríamos en contra, ¿vale?” (Grupo de 10 a 20 años)

X3: “Depende. Yo creo que a veces en plantas ayudan alguna vez.” (Grupo de más de 20 años)

X6: “Pues hay de todo.”

Muchos: “Hay de todo, hay de todo.”

X1: “Hay que respetan tu trabajo muchísimo y hay que da igual.”

X6: “Y hay que lo dificultan, y otros te dicen, ¿y esto? Y...”

X1: “Hay que te piden opinión, si cambias algo te, te.... Y otros que les da igual.”

X9: “Yo creo que depende mucho del grado en que les afecte a ellos.”

X6: “Efectivamente. (Ríen)” (Grupo de coordinadoras)

X9: “Entonces mientras que a ellos no les moleste puedes hacer lo que quieras ahora, en el momento en el que a ellos les afecta es una batalla campal. (...). O sea, sí que lo dificultan si les afecta.” (Grupo de coordinadoras)

En los grupos con más años de experiencia, concretamente el de 10 a 20 años y el de más de 20 años, así como en el grupo de coordinadoras se comentó el poco respeto hacia la profesión de enfermería que muestran algunos médicos.

X6: “Da pena realmente como se referían a la enfermera los señores doctores que allí fueron y poco menos que se referían mucho del trabajo que ellos hacen pasa por enfermería, vamos, pero que la tienen ahí como un útil servil poco menos que esclavizado (*ríen*). Y da pena, auténtica pena el que se refieran así hacia una compañera nuestra sin la cual no harían la mitad del trabajo que están haciendo o mucho de él.” (Grupo de 10 a 20 años)

En los grupos de discusión de 0 a 2 años, de 2 a 10 años y de 10 a 20 años de experiencia, las enfermeras identificaron un abuso de poder por parte de los médicos con respecto a enfermería en determinadas prácticas o situaciones.

X4: “O por ejemplo, para quitar unos puntos que el paciente lleva diez días, quince días con esos puntos yo lo estoy viendo, yo sé igual que tú que esos puntos ya los puedo quitar. Yo no tengo porque esperar a las doce de la mañana, cuando ya haya tapado la herida a que pase el médico. Volveré a destaparla, volveré a curarlo para quitarle los puntos porque el médico dice que se los quite.” (Grupo de 0 a 2 años)

X6: “Porque al fin y al cabo la aplicación de la evidencia científica depende de cada uno de los profesionales, dentro de la parcela de autonomía que tengan. Si por orden y prescripción te dicen que hay que hacerlo así aunque vaya en contra de otras cosas pues no puedes contravenir una orden médica.” (Grupo de 10 a 20 años)

En los grupos realizados con enfermeras con menos experiencia, de 0 a 2 años y de 2 a 10 años, se destacó el hecho de que en muchas ocasiones la imposibilidad de acceso a los médicos dificultaba el tratamiento al paciente.

X2: “Pero ponte a buscar, hay un médico que no ha podido venir y ya tienes toda la medicación, toda la planta y te tienes que poner a buscar un médico para que te diga dale un... encima te dicen dale medio orfidal y tú dices ¿pero qué...?” (Grupo de 0 a 2 años)

X6: “¿Y cuantas veces hemos pensado todos en no llamar al médico de guardia por no molestarle? Que me parece ya lo peor de lo peor cuando cobran unas guardias tremendas, que están ahí durmiendo.” (Grupo de 2 a 10 años)

En el grupo de 0 a 2 años y en el de más de 20 años de experiencia se destacó que una de las principales dificultades en el contexto laboral actual en los hospitales participantes en el estudio, era la mala relación existente entre médicos y enfermeras.

X4: “No se te tiene en cuenta. No se te tiene en cuenta. Que a lo mejor te estás equivocando porque igual los psiquiatras de psiquiatría se equivocan, evidentemente, todo el... Yo me puedo equivocar, nos podemos equivocar pero vamos a intentarlo, venga, vamos a intentarlo. No te dan muchas veces la opción a expresarte, a dar la opinión, a intentar ayudar al paciente, yo no digo que es porque yo lo diga, no, pero a lo mejor ese paciente de los tres que tengo yo creo que esto le puede ayudar.” (Grupo de 0 a 2 años)

X1: “Y con los médicos, bueno, hay objetivos comunes pero bueno, aunque trabajemos conjuntamente tenemos que ellos van por su lado un poquito.” (Grupo de más de 20 años)

X4: “El problema con ellos es que confían demasiado en nosotras en el sentido de que como tienen una organización un poquito desastrosa y pasan, cada día viene uno diferente, ya, como confían en nosotras, no tocan el tratamiento y podemos tener graves problemas” (Grupo de más de 20 años)

En el grupo de 0 a 2 años y en el de 2 a 10 años de experiencia se habló de las diferencias de opinión respecto a tratamientos entre médicos y enfermeras, destacando el hecho de que las enfermeras en muchas ocasiones son ignoradas con respecto a su opinión en el tratamiento propuesto para el paciente.

X4: “Sabes que ese paciente puede tomar orfidal o que lo ha tomado en casa, porque el paciente te lo está diciendo, tú no puedes dejar esa pauta fija, si precisa, para las noches, por ejemplo. No puedes. Tienes que tener autorización de un médico.”

(Grupo de 0 a 2 años)

X9: “Y si esto es de la práctica enfermera bueno, pero si ya tienes que pasar la barrera médico-enfermera, ahí ya no hay nadie que te haga ni caso ni...”

X5: “La franja de Gaza.” (Grupo de 2 a 10 años)

En el grupo de 0 a 2 años de experiencia se destacó que en ocasiones el médico ve a las enfermeras como simples ayudantes para aplicar técnicas de manera que les dice exactamente lo que tienen que hacer sin dejarles ejercer la autonomía que permitiría aplicar nueva evidencia científica a su práctica diaria.

X4: “La autonomía... ¿lo que quieras?”

X3: “Yo no porque muchas veces las curas viene el médico a decírtelo...” (Grupo 0 a 2 años)

En el grupo de coordinadoras se debatió sobre el hecho de que muchas veces en investigación las enfermeras realizan un trabajo por el cual no son compensadas mientras que los médicos son compensados por el mismo trabajo cuando lo llevan a cabo. De esta manera las enfermeras expresan que a veces tienen la percepción de ser explotadas.

X1: “Pero yo es que estoy segura de que todos habéis colaborado, por eso lo que decía antes, todos habéis colaborado a hacer acciones para un estudio y vosotros no habéis visto compensación y sabes que al médico le han... O una cena o un viaje o le han dado un dinero.” (Grupo de coordinadoras)

Por otra parte, en el grupo de 2 a 10 años de experiencia se habló de la falta de comunicación con el médico, lo que provoca dificultades en la aplicación de nueva evidencia puesto que no existen espacios para dialogar sobre los beneficios que puede aportar al paciente una nueva técnica o tratamiento.

X6: “Ellos dicen esto es así si te gusta y si no también. Tú no tienes ningún tipo de poder para cambiar... O sea, yo estoy veinticuatro horas con el paciente, no sólo con el paciente sino también con la familia. (...)En esto se podrían apoyar un poco en ti pero no lo hacen y aparte no quieren escucharte, que el duelo de esta familia no va por

donde tiene que ir, demandan un tratamiento activo que ya se sabe que no es efectivo.

En esto deberían escuchar un poco a enfermería.” (Grupo de 2 a 10 años)

En el grupo de coordinadoras se habló del hecho de que en muchas ocasiones los médicos tratan a las enfermeras con cierto paternalismo.

X7: “Y yo vi una compensación porque un médico dijo yo quiero compartirlo con vosotras pero porque el médico fue más bueno y lo compartió y nos llevó de cena.”

X8: “Ah, fíjate.” (*Ríen*)

X7: “Pero fue el médico, no, no y nos pagó, nos pagó el médico.”

X9: “Me parece demasiado...”

X8: “Ya, ya, ya.”

X7: “Pero porque salió del médico.”

X4: “Que triste...”

X9: “El médico te saca a dar una vuelta.” (Grupo de coordinadoras)

En el grupo de más de 20 años de experiencia se habló del hecho de que la autonomía de la enfermera a la hora de aplicar nueva evidencia científica a su práctica diaria se encuentra condicionada a la voluntad del médico.

“X3: En mi caso los objetivos son conjuntos con el médico porque sólo somos nosotros dos y lo hacemos todo juntos, hasta la consulta juntos.” (Grupo de más de 20 años)

Pese a todo, en el grupo de 2 a 10 años de experiencia y en el de coordinadoras, en un momento dado, se destacó que las relaciones entre los médicos y las enfermeras estaban cambiando poco a poco y de manera positiva hacia una mayor participación de enfermería en las decisiones con respecto al cuidado de los pacientes.

X1: “Pero bueno, yo creo, y esto es una opinión, que las cosas, no en todos los sitios pero van cambiando. O sea, a mí me parece que antes el médico no facilitaba en absoluto y él era el que decidía y tú eras la que esto se hace así, mi ayudante, no eres nada más y para los médicos eras eso, y yo creo que ahora, por suerte, por fin va cambiando y ya la enfermera no es la Ayudante Técnico Sanitario, ¿no? Somos algo más, somos una carrera, tenemos unos estudios que demuestran que somos algo más

que eso, ¿no? Lo que creo que cuesta y que estamos cambiando poco a poco y que es difícil y que nos lo tenemos que currar mucho más. Si yo creo que esto es así tengo que aprender a transmitirlo sin herir al otro, tengo que tener todas las herramientas para demostrarle y hacerle callar, ¿no? Si me dice que esto no es así voy a poder rebatirlo de la mejor manera sin tampoco... Entonces claro que es un papel difícil y por suerte a mí me da la impresión de que no por todo el mundo pero bueno, que va cambiando, ¿no? Que va cambiando, sí.” (Grupo de 2 a 10 años)

X8: “Yo creo que sí que está cambiando el tema, que sí que hay más compenetración de las visiones médico - enfermera, yo creo que medicina cada vez nos valora más. Muchas veces nos preguntan antes de mirar las constantes en el ordenador, antes de mirar el tratamiento yo oigo más las preguntas ¿tú como lo has visto? ¿Cómo crees que está? Al menos en pediatría esto, yo creo que está cambiando y bastante.” (Grupo de 2 a 10 años)

X9: “Y cada vez se pregunta más y cada vez se consulta más a enfermería. Sí es verdad que también hay un cambio cultural a nivel de otros estamentos. Cuentan más con enfermería, piden más participación. Sí, sí porque la gente está tan quemada que cuando te vienen a decir no, coged una analítica y tal, la gente ya la mira con lupa para ver para que es. Entonces, los proyectos médicos por ejemplo sí que se pide colaboración de enfermería y sí que se comparte...” (Grupo de coordinadoras)

En el grupo de 10 a 20 años de experiencia se mencionó que en ocasiones hay médicos que ofrecen alguna ayuda a las enfermeras con respecto a sus proyectos de investigación.

X3: “Y de repente sale un médico y le dices, ¿alguna base de datos? Y te dice busca no sé donde y tú, gracias.” (Grupo de 10 a 20 años)

Por último, cabe destacar la comparación constante que fue persistente en todos los grupos de discusión realizados entre médicos y enfermeras. Este apartado se ha dividido en cinco subapartados, desigualdad en cuanto a la distribución de tiempo, diferencias en cuanto a la formación académica previa, diferencias de reconocimiento social de los médicos versus las enfermeras, falta de habilidades sociales de los médicos y mayor corporativismo entre la clase médica.

Los grupos formados por enfermeras de 10 a 20 años de experiencia y el de

coordinadoras destacaron que los médicos disponen de un tiempo dentro de su jornada laboral para dedicarse a la investigación y a la actualización con respecto a la nueva evidencia científica, mientras las enfermeras carecen de ese tiempo.

X4: “A mí me dan envidia los médicos que, pues yo que sé, ahora hemos tenido un caso de malaria, ¿sabes? Poderte dedicar a estudiar la malaria un rato.... Pero claro, yo cuando salgo del turno de trabajo, me voy a mi casa y...” (*Ríen*)

X3: “Claro, es que ellos lo hacen dentro de su turno de trabajo.” (Grupo de 10 a 20 años)

X2: “Sí, bueno, los médicos hacen sesiones. Sesión de no sé que, y yo las veo y digo ¡ostras!” (Grupo de 10 a 20 años)

X6: “Ya estás poniendo tiempo de tu tiempo libre mientras que otros tienen tiempo dentro de su jornada de trabajo para poder ir a una sesión, para poder hacerla, para poder impartirla y para poder asistir.” (Grupo de 10 a 20 años)

X9: “Eso es un punto importante de otros colectivos que tienen, dentro de su jornada tienen unas horas para investigación, unas horas para....”

Muchos: “Sí señor, sí, sí....”

X9: “...unas horas para docencia, unas horas para asistencial y enfermería no lo tiene.”

X8: “Es importantísimo, no lo tenemos.” (Grupo de coordinadoras)

Por otra parte, en el grupo de enfermeras de 10 a 20 años y en el de coordinadoras se remarcó que la formación previa recibida entre médicos y enfermeras era muy diferente y que este hecho marca la forma de ejercer la profesión.

X5: “Lo que pasa también que la rutina que ellos han tenido a la hora de estudiar es distinta. A nosotras no, bueno, a mí no me inculcaron el hecho de tener que estudiar después al llegar a casa. Yo llegaba después de las prácticas y las clases a las nueve de la noche tenía ganas de dormir y chin pum y si me duchaba era gracias, ¿o no?.” (Grupo de 10 a 20 años)

X5: “Y sí que hay otros colectivos que tienen muchas más facilidades para acceder a muchos recursos tanto de tiempo como de dinero, ¿vale?.” (Grupo de coordinadoras)

En relación a este tema, en el grupo de 2 a 10 años de experiencia se remarcó

como hecho diferenciador entre médicos y enfermeras la falta de habilidades sociales de los médicos, lo cual según las enfermeras, influye de manera directa en la elección del tratamiento al paciente.

X2: “Ya, ya pero también tienes que pensar que ellos en su carrera no tienen ningún tipo de asignatura de habilidades sociales, o sea ellos están enfrascados en lo que es la anatomía, la patología y...” (Grupo de 2 a 10 años)

En este mismo grupo se resaltó que una de las grandes diferencias es el corporativismo entre los médicos que no se da de la misma manera en el colectivo de enfermeras.

X5: “Si no nos unimos... El equipo médico siempre está unido, aunque se marquen entre ellos parece que están unidos y enfermería muy, muy pocas veces estamos unidos.” (Grupo de 2 a 10 años)

En el grupo de coordinadoras se debatió ampliamente sobre las diferencias en cuanto al reconocimiento social de médicos y enfermeras, remarcando de forma reiterada que a los médicos se les tiene una consideración social mucho mayor que a las enfermeras, lo que provoca que tengan ventajas considerables a la hora de investigar o aplicar nueva evidencia.

X9: “Pero yo lo que sí que veo por ejemplo es la dificultad para acceder a las becas, o sea, las FIS. Sólo con poner enfermera, hostia, ya cuesta bastante.”

Muchos: “Sí, sí.” (Grupo de coordinadoras)

X5: “Porque cuando tú vas a la gerencia y nosotros tenemos la comisión de investigación y tú pides tiempo y recursos para... Te dicen no, esto no, no, es que no hay recursos, no esto no es que... Y esto es una constante, y es desde gerencia que se te niega, no esto no, pero nadie le pone ninguna traba cuando un médico dedica sus horas a investigación. Pero tú diles que tienes a una enfermera que esta mañana va a estar cuatro horas y que necesitas una suplente para cuatro horas de investigación.” (Grupo de coordinadoras)

X9: “Yo estoy diciendo que ningún laboratorio o ninguna cadena de fungibles va a venirte para que le hagas un estudio a él, que es lo que hacen con medicina.”

Muchos: “No, no, no.”

X9: “O sea, no estoy diciendo que tú vayas a pedirles...” (Grupo de coordinadoras)

Este tema también surgió en el grupo de enfermeras de 10 a 20 años de experiencia.

X4: “Que es verdad que si las cosas cuestan dinero no te las dan, que si no vas a salir en el comité: mira bonita, no me interesa. Y que los médicos, por otra parte, con eso tienen mucho más ganado porque todo se lo publican, porque todo esto va a ser un proyecto de...Y fantástico y maravilloso y todo eso sí que lo apoyan mucho más.”
(Grupo de 10 a 20 años)

4. Relaciones con la institución

En los grupos de discusión realizados se preguntó a los participantes sobre las relaciones que tenían con la institución para saber si pensaban que éstas favorecían o dificultaban la aplicación de nueva evidencia científica en su práctica diaria. Este tema fue ampliamente debatido en todos los grupos realizados y se ha segmentado en ocho grandes categorías (Figura 8).

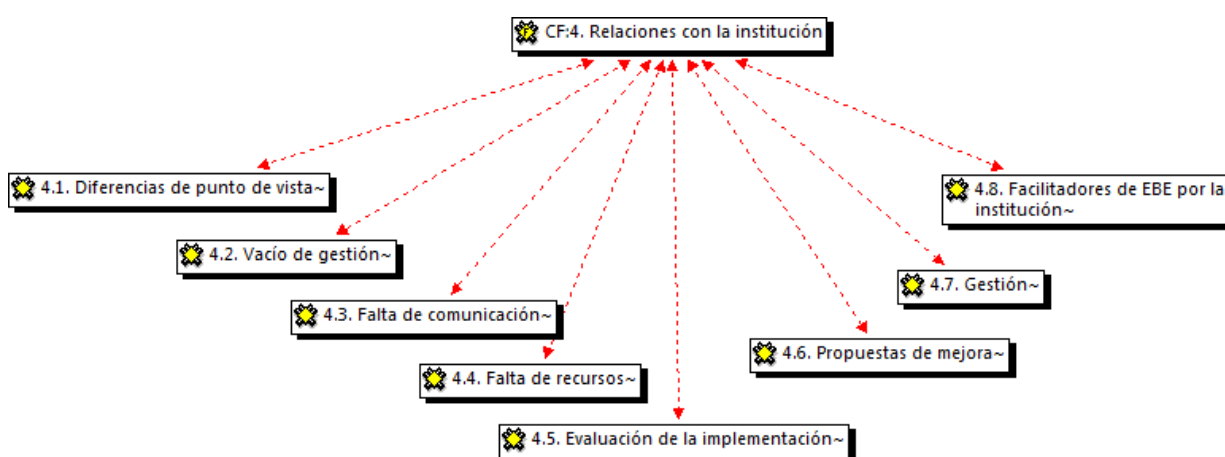


Figura 8: Relaciones con la institución

4.1 Diferencias de punto de vista

En este primer apartado se encuentran aquellas opiniones en las que las enfermeras participantes consideran que existe una diferencia entre su punto de vista y el de la institución a la hora de aplicar nueva evidencia científica o realizar investigación por parte de enfermería.

En los grupos de 2 a 10 años de experiencia, de 10 a 20 años y de más de 20 años se debatió ampliamente sobre el hecho de que los cambios relacionados con nueva evidencia científica, en muchas ocasiones se encuentran directamente condicionados por los recursos económicos que la institución quiera invertir en su realización.

X1: “Ese cambio que realmente hay que hacer porque está demostrado que es la mejor manera y, además, económicamente le va bien a la empresa, te van a ayudar. Si el gasto va a ser mayor, hasta luego. O buscas la rentabilidad de alguna manera o claro, o si no lo haces es que va a ocurrir algo horrible, que no va a pasar mientras no haga ruido y no moleste. Como económicamente no interese se acabó. Esa es mi opinión, ¿eh? O sea, no digo que vaya a ser así, a lo mejor no...”

Muchos: “Sí, sí.”

X1: “Pero yo creo que sí. Si económicamente da igual te van a ayudar, bueno, si a mí no me va a suponer gastos pues venga, pero como tengan que soltar dinero, como implique una inversión que no se va a rentabilizar a corto plazo, hasta luego.” (Grupo de 2 a 10 años)

X5: “Si la respuesta es pasta sí.”

X2: “Exactamente. La pasta es...”

X6: “Sí.”

X2: “Básica.”

X5: “Si no tienen que contratar más enfermeras sí.”

X4: “O comprar algo.

X5: “O comprar algo o gastarse pasta, sí. Les da igual, vamos, básicamente yo creo que les da igual.” (Grupo de 10 a 20 años)

X6: “Si tú haces un estudio que demuestra que tal apósiso es mejor que otro y que hay que cambiarlo y que además es coste efectivo y tiene que pasar por el departamento

de compra, tú no tienes poder de decisión de nada...” (Grupo de 10 a 20 años)

X6: “A no ser que supusiera mucho dinero o algo, yo que sé.”

X5: “Claro, a no ser que sea hablar de un dineral que no ha sido el caso.” (Grupo de más de 20 años)

Además opinan que la institución no se preocupa por la calidad de su trabajo y porque se aplique la mejor evidencia disponible en su práctica diaria sino porque el trabajo se realice rápidamente.

X9: “Yo trabajo en el hospital Y también, y yo creo que la gestión es totalmente privatizada.”

X4: “Totalmente, totalmente. Que el trabajo salga y punto, y ya está, no tiene interés de qué manera salga.” (Grupo de 2 a 10 años)

Tanto en el grupo de enfermeras de 10 a 20 años de experiencia como en el grupo de coordinadoras se habló del hecho de que desde la institución siempre se prioriza atender a todas aquellas acciones que son asistenciales dejando para un segundo plano aquellas en las de la enfermera ejerce su papel como investigadora.

X5: “Claro, a mí me encantaría aplicarlo pero es que no tengo tiempo. O sea, porque yo a mis pacientes no les puedo decir ah, no, no, hoy se queda sin hidratar, ¿eh?. Lo siento. ¡Uy! Es que tengo un estudio de investigación, ¿eh?, me sabe mal.” (Grupo de 10 a 20 años)

X5: “No, es lo que hemos dicho antes, si tú en tu jornada laboral, si tú, tienes función asistencial, función investigadora, función docente... Pero básicamente trabajas principalmente como asistencial, ¿vale? No haces nada más que eso. Sí que, de vez en cuando, tienes alguna chica de prácticas, al mismo tiempo que haces de asistencial haces de docente, ahí todo dentro, un poco conglomerado pero investigadora no tienes nunca. Yo, si dentro de la jornada anual que tenemos en mi hospital nos dedicásemos, yo que sé, el veinte por ciento de la jornada de las enfermeras asistenciales a hacer investigación lo podríamos hacer. Las enfermeras seríamos asistenciales que también hacen investigación. Porque muchas veces si yo solamente hago investigación y no estoy en asistencia existe un abismo....” (Grupo de coordinadoras)

En el grupo de coordinadoras se señaló que hasta que la institución no considere la investigación en enfermería como una de sus prioridades y se integre como una parte más de su trabajo será imposible que ésta se lleve a cabo.

X8: “Pero vamos, tiene que partir de un punto y tienen que tener la investigación como parte fundamental de la enfermería. Es que si no está integrado como algo fundamental y necesario a ver.” (Grupo de coordinadoras)

Por último, en el grupo de 2 a 10 años de experiencia se señaló que en ocasiones pese a que existe una determinada evidencia científica con respecto a alguna práctica y aunque la institución la conozca, prefiere obviarla ya que la práctica que se realizaba anteriormente está fuertemente implantada.

X1: “Hay una evidencia alta de que eso no se debe de hacer así, el protocolo está hecho así y tú vas al hospital, preguntas lo de la evidencia y como es una medida que está implantada no interesa.” (Grupo de 2 a 10 años)

4.2 Vacío de gestión

La segunda gran categoría que se identificó en este apartado ha sido denominada como vacío de gestión y es a lo que las enfermeras participantes en los grupos se refieren al hablar de que en ocasiones la institución no tiene unas figuras claras a las que remitirse en caso de duda, sugerencia o queja sobre el funcionamiento de determinadas áreas que, según las enfermeras, deberían ser mejor gestionadas.

En todos los grupos se habló sobre la falta de apoyo por parte de la institución a la hora de aplicar nueva evidencia a la práctica diaria de enfermería.

En el grupo de 0 a 2 años de experiencia además se destacó que ante un fallo por parte de enfermería la institución no las defiende y, por lo tanto, se hace difícil

aplicar cualquier cosa nueva ya que no se sienten apoyadas por la institución para llevarlo a cabo.

X3: “La chica esta que tuvo problemas por lo de la alimentación. La mandaron de una planta a otra por sobrecarga de trabajo, sí, y luego se equivoca con la medicación y la supervisora dice: yo es que le dije que no tocara nada. O sea, te mandan a una planta para que no toques nada. Pero eso, que te dejan encima... Porque dices, si tuvieras un respaldo de alguien...pero es que encima te dejan con el culo al aire. (Grupo de 0 a 2 años)

Asimismo, en el grupo de 0 a 2 años de experiencia también se destacó que la institución tiene que apoyar la realización de cursos de formación y además valorar los esfuerzos que las enfermeras realizan en su trabajo diario de manera que se sientan motivadas.

X6: “Y llegas pronto, esto de que tengas que mamarte una hora y media cada día y no tener, o sea, ni que te lo valoren, ni que te den las gracias, o sea.” (Grupo de 0 a 2 años)

X3: “La empresa tiene un papel importante porque la empresa tiene que motivar que la gente, que la gente pueda hacer cursos, que disponga de plazas para hacer cursos y que sean adecuadas a ese hospital o a esa unidad, porque por mucho que tú tengas interés si no tienes un curso adaptado al paciente de tu unidad...” (Grupo de 0 a 2 años)

En el grupo de 2 a 10 años de experiencia se destacó sobre todo la falta de apoyo a la hora de implementar nueva evidencia. Las enfermeras opinan que la institución debería apoyar la implantación de nueva evidencia favoreciendo cursos de reciclaje continuo que les motivaran a realizar nuevas prácticas.

X8: “Yo creo que tiene que haber en el hospital una comisión de formación, investigación, de lo que sea, que facilite y motive al personal asistencial para que realmente pueda llevar a la práctica estudios que después se puedan extrapolar al hospital y después los pueda utilizar todo el mundo.” (Grupo de 2 a 10 años)

X4: “Yo les he tenido que explicar o mi compañera que hace más tiempo que estamos allí como poner unos yesos y tal pero el hospital no les ha ofrecido una sesión ni un

cursos de yesos, por ejemplo.” (Grupo de 2 a 10 años)

X4: “Todos esto altos cargos que no hacen asistencial lo único que hacen es guardar la bata de trabajo para tener su horario de ocho a tres y no se implican en lo que es mejorar los sistemas de curas de enfermería, en nuevas técnicas de potenciar la formación de diferentes aspectos, es que tengo esta sesión de...Es que pasan absolutamente de todo. Que yo lo veo de esta manera como está y que sí sale el trabajo, aunque tú tengas que ir a ciento veinte por hora, ¿sabes? Que les da igual mientras salga el trabajo y ya está, ¿sabes? Bien hecha o mal hecha pero que el trabajo salga, que el paciente no se queje porque ha estado dos horas para sacarle unos análisis de sangre.” (Grupo de 2 a 10 años)

En el grupo de 10 a 20 años de experiencia el debate referente a la falta de apoyo institucional se enfocó más hacia la falta de financiación para aplicar nueva evidencia y a la falta de apoyo con respecto al posterior reconocimiento de la investigación

X5: “Para hacer valoraciones hicimos todo un, miramos todos los diagnósticos de enfermería y como lo hacían en otros sitios y buscamos mogollón de cosas y cuando lo tuvimos allí que ya tenía un poco de forma lo presentamos a dirección de enfermería. Miraron y dijeron, muy bien ¿y esto que necesitáis? Bueno, pues una aplicación informática y, bueno, pues una silla y... Ah, no, no. Si tenemos que poner pasta no. Pero claro, es que si tenemos que pasar una consulta necesitamos una silla y una mesa. No. O sea, claro, si tú estás medio año haciendo una búsqueda bibliográfica y mirando como lo hacen en otros sitios, haciendo no sé qué y después, cuando tú ya, eso tiene un poco de forma, que podrías hacer algo, desde dirección de propia enfermería (...) yo a la siguiente ¿qué? ¿qué hago? Ni me pongo. Paso. ¿Qué tengo que investigar y hacer? Que eso es lo que nos pasa a muchos muchas veces, quieres estudiar algo, quieres intentarlo y montas todo...Y después a la hora de la verdad apoyos...” (Grupo de 10 a 20 años)

X5: “Yo creo que no promueven nada, o sea que sí que están contentos a la larga si lo pones en práctica y tal y no sé qué y si obtienes resultados pues bien, ¿pero que te promuevan? O sea, yo creo que no...”

X3: “Si promoviesen nos darían unas horas semanales para investigar.” (Grupo de 10 a 20 años)

En el grupo de más de 20 años de experiencia se destacó la falta de apoyo para la investigación que proporciona la institución.

X1: “Que se fomentara más la investigación. De hecho aquí ya se ha creado la comisión de investigación con enfermeros que hay detrás. Y que se potencie, que se presenten proyectos y que se aprueben para llevar a cabo.” (Grupo de más de 20 años)

En el grupo de coordinadoras sobre todo, se destacó el hecho de que la institución no motiva a las enfermeras y al no tener un apoyo institucional a la hora de realizar investigación o aplicación de nueva evidencia las enfermeras se sienten desmotivadas ya que piensan que recibirán el mismo apoyo de la institución hagan bien o no su trabajo.

X5: “Y pienso que esto hace que la gente se desmotive y que no tenga ganas de empezar esta cultura porque dice total, ¿para qué? ¿No? Me pagaran lo mismo, tanto a la enfermera que lo haga como la que no lo haga.” (Grupo de coordinadoras)

X5: “Pero lo que yo digo es que a lo mejor de manera institucional o del Ibsalud, da igual, no me refiero sólo a mi gerencia si no de una manera más global haz una política de apoyo a la investigación de enfermería, dales incentivos y a lo mejor así sería una cosa mucho más dinámica y mucha más gente se apuntaría a hacer una cosa así, ¿no?” (Grupo de coordinadoras)

X5: “En cuanto a motivación personal hay un tope, hay una parte que dices bueno, sí. Te lo dicen lo haces muy bien, muy bien, estupenda, eres genial... Claro, ¿y? ¿No? Me estoy quedando una hora más, ¿no? Y llega un punto en que se te acaba también la motivación personal...”

Muchos: “Sí.”

X5: “...porque no hay ningún incentivo. Y creo que es aquí que se tendría que, que trabajar.” (Grupo de coordinadoras)

X7: “Y saben que si esto te lo compensaran de otra manera la gente te respondería muchísimo más.” (Grupo de coordinadoras)

Por otra parte, en todos los grupos, excepto en el de coordinadoras, se habló sobre las diferencias existentes entre unidades a la hora de aplicar nueva evidencia.

X1: “Hablando de estos temas en concreto, depende de donde estés, también la autonomía donde trabajes y... Pero por ejemplo, dentro de las unidades de psiquiatría que yo conozco, concretamente una que no intentes hacer nada más allá de ahí porque lo que se hace es esto y sí que es algo que aquí no se aprende porque tienes esa

pequeña manera de, dentro de comunicar todo y demás, pues tienes eso...” (Grupo de 2 a 10 años)

X3: “Pero bueno, depende del tipo de unidad. Yo en mi unidad se puede hacer enfermería basada en la evidencia, costaría el mismo trabajo hacerla que no hacerla, quiero decir, llegar hasta ahí no, ¿no? El proceso de llegar a utilizarla llevaría tiempo que no tenemos pero el utilizarla o no utilizarla una vez teniéndola, una vez conociéndola me refiero llevaría exactamente el mismo tiempo y quizás menos. En mi caso, ¿vale? En mi caso.” (Grupo de 10 a 20 años)

X5: “Son situaciones muy diferentes porque cada uno tiene su servicio y en su unidad es diferente.” (Grupo de más de 20 años)

Dependiendo de las características de la unidad, las enfermeras piensan que puede resultar más fácil aplicar nueva evidencia científica en su práctica diaria. En casi todos los grupos se llegó al consenso de que era más fácil en unidades pequeñas con poco personal.

X2: “Sí, pero luego también, cuanto más cerrada, en una planta a lo mejor hay mucho, mucho personal. En una unidad más cerrada, en la que el personal es el mismo casi siempre, hay menos personal pues porque es una unidad más, más pequeña, claro, participa todo el mundo. Pero si es una unidad, una macroplanta de estas que hay ochocientos mil enfermeras que van cambiando, hay auxiliares es que es un poco difícil.” (Grupo de 0 a 2 años)

También se debatió sobre que el número de pacientes que una enfermera atiende en cada unidad influye de manera directa sobre la aplicación de nueva evidencia científica.

X6: “Depende. Hay momentos en los que por ejemplo en la UCI donde trabajo dependiendo del paciente y dependiendo de la carga asistencial y de cómo estemos dinámicamente y de lo que haya que hacer te puedes permitir unas cosas. Y después pienso en otras compañeras de la planta, en las que vas hasta aquí con dieciocho enfermos y yo me paro a pensar, ¿Cómo coño van a cambiar una nutrición parenteral de forma estéril si no hay tiempo material ni para verse las caras? No.” (Grupo de 10 a 20 años)

En el grupo de enfermeras de 0 a 2 años de experiencia y en el de más de 20

años se destacó que en muchas ocasiones la institución no controla la forma en la que se trabaja a diario y eso dificulta la implantación de nueva evidencia ya que no existe un seguimiento del trabajo por parte de la institución.

X4: “Y te digo en esta como en otras tantas, eh, y nadie se encargó de venir y supervisar mi trabajo o de dedicar dos mañanas o las que fuera a que yo conociera la unidad, donde tengo el carro de....Yo no sabía donde estaba el carro de paros, no sabía donde estaba nada, es que nada. Nada, nada.” (Grupo de 0 a 2 años)

X3: “Yo creo que tendría que haber una persona de referencia para que tú tuvieras, yo que sé. Muchas veces la supervisora no está en la planta porque tiene guardia, porque tiene reunión, porque tiene tal. Una persona de referencia que tú pudieras ir y decirle he estado viendo, porque he estado haciendo esta cura durante esta semana y la han hecho tres personas diferentes o yo creo que se tendría que hacer así, tal. Pues, ¿no hay multidisciplinarios? ¿no hay en nuestra época tantas cosas? Pues que se le dé importancia también a la práctica clínica, como enfermeras le estamos dando importancia a si viene la asistente social a esto, a si viene el médico a lo otro. Pues, jolín, que se preocupen de que hagamos bien nuestro trabajo.” (Grupo de 0 a 2 años)

X4: “Yo nunca he publicado ningún trabajo de investigación o sea que soy la responsable en la práctica diaria y en el que deje constancia y en el que lo aplique o no aplique pero si luego no hay un grupo que se ponga a hacerme una revisión de lo que yo estoy aplicando poca cosa va a quedar ahí escrita. Si se supone que como evidencia científica debe estar publicado y escrito porque si no. No sé.” (Grupo de más de 20 años)

En los grupos de enfermeras con menos años de experiencia, de 0 a 2 años y de 2 a 10 años, se destacó que la heterogeneidad existente entre la gestión de los distintos hospitales tiene mucha influencia a la hora de aplicar nueva evidencia.

X3: “Por ejemplo yo estuve en Son Dureta y en Son Dureta la práctica en la evidencia basada en la práctica clínica poca cosa, ¿eh?. Es que depende del sitio donde estás y de por lo que has pasado, de la experiencia que has vivido en cada sitio y yo por ejemplo en Son Dureta sí que veía que era imposible aplicar un protocolo de curas, de lo que fuese. Independientemente de la unidad que estuvieses.” (Grupo de 0 a 2 años)

X4: “Es que yo cuando trabajé en Y tuve esta sensación. Estuve nada, de sustituta dos años, que tampoco... Lo vives de otra manera. Pero que allí tenía la sensación de que

gerencias, directores de no sé qué, profesionales de no sé qué cuantos... Había una implicación de querer mejorar y hacer las cosas mejor. En cambio aquí nada, cero.” (Grupo de 2 a 10 años)

En el grupo de 2 a 10 años y en el de 10 a 20 años de experiencia se debatió ampliamente sobre la obsolescencia de los determinados protocolos y la falta de iniciativa institucional para cambiarlos a adaptarlos a la nueva evidencia existente.

X7: “Hay veces que utilizan bibliografía de libros de anatomía de, bueno, de libros de enfermería de hace diez años, y de los últimos diez años, sobre todo en protocolos y en práctica clínica ha cambiado mucho. Muchísimo.” (Grupo de 2 a 10 años)

X6: “Como algo informativo porque no siempre es, por ejemplo, yo en mi planta, estoy en hospital, en el Y que es un poquito antiguo y claro, me quedé con el protocolo en la mano cuando fui pasando hojas. Hay veces que es no tiene nada que ver, entonces, no tiene nada que ver, tema orientativo pero no como herramienta de trabajo funcional.” (Grupo de 2 a 10 años)

X1: “Y luego alguna vez, esto sí me lo he encontrado, una vez, el protocolo dice una cosa y te vas a mirar en la evidencia y hay una evidencia alta de que eso no se debe de hacer así, el protocolo está hecho así y tú vas al hospital, preguntas lo de la evidencia y como es una medida que está implantada no interesa.” (Grupo de 2 a 10 años)

X3: “Pero es que un protocolo debería estar basado en la evidencia y si no está basado en la evidencia aquí no entra. Y no deberían darlo por bueno, que lo están dando por bueno. Da igual lo que pase por allí que todo se da por bueno. Tú lo sabrás también. Por eso no estás allí y yo tampoco ya.” (Grupo de 10 a 20 años)

En el grupo de coordinadoras se mencionó que en la actualidad las enfermeras empiezan a interesarse por la investigación únicamente por la posibilidad de que en el futuro se les exija con los nuevos ajustes en cuanto a la carrera profesional.

X9: “Que esta es otra, que ahora todo el mundo está intentando hacer abstracts y hostias para poder publicar porque en la carrera te lo van a pedir.” (Grupo de coordinadoras)

En el grupo de enfermeras con menos experiencia se destacó que desde la

institución no se promueven los planes de acogida para el personal de nueva incorporación en la unidad, hecho que dificulta de manera considerable la correcta ejecución de su trabajo.

X3: “Yo creo que la iniciación en planta, para una planta nueva para que te aprendas los protocolos, para que sigas, sí que tiene, por lo menos el primer día, una persona, una persona de referencia que controle que, que más o menos estás integrada en el equipo.” (Grupo de 0 a 2 años)

X4: “Si yo ahora que en UCI no he trabajado desde las prácticas, que he estado en salud mental tres años, me voy a UCI, bueno, yo pato, pato, pato. Que me tendré que coger a ti, que llevas equis meses trabajando de enfermera y yo llevo equis años, y me tendría que coger a ti para que tú me enseñases a trabajar a mí. Pues tú ahora imagínate que llegue alguien a salud mental que haga su primer turno de mañana.” (Grupo de 0 a 2 años)

En el grupo de 10 a 20 años de experiencia las enfermeras expresaron su opinión remarcando de manera extensa la indiferencia ante la aplicación de nueva evidencia por parte de la institución.

X4: “Es verdad que en según qué dices: ¡pero qué abandonada nos tienen a enfermería! ¡ni un despachito! A una pobre niña que comparte una mesa y que es la enfermera de la gran sepsis que tenemos en Y y la tenemos fuera de la unidad, en la sala de espera de los pacientes y porque, a Dios gracias, los reyes le han traído un despachito que dices: ¿pero que vergüenza es esta? Y nadie ha movido un pie por ella y a mí me duele el alma pero es así.” (Grupo de 10 a 20 años)

Por otra parte, en el grupo de 10 a 20 años también se remarcó que pese a que la institución se muestra indiferente ante la aplicación de nueva evidencia, si ésta, en un momento dado funciona y da renombre al hospital, la institución se muestra satisfecha con los resultados pese a no haberlos impulsado.

X5: “O sea, si tú te lees un artículo, una evidencia que tal, un estudio si lo pones en práctica o no les da igual. Ahora bien, si tú eres una persona que te cultivas y haces y lo pones en marcha y encima de eso se entera la asociación nacional... Eso les mola mogollón.” (Grupo de 10 a 20 años)

4.3 Falta de comunicación

En todos los grupos se habló sobre la necesidad de aumentar la comunicación existente entre la institución y las enfermeras asistenciales ya que en múltiples ocasiones ésta es prácticamente inexistente. Las enfermeras destacaron la falta de relaciones entre el personal asistencial y las comisiones y departamentos de docencia de los hospitales, opinando que estos últimos deberían acercarse más a las unidades para informar sobre nueva evidencia científica y actualizando protocolos o guías de práctica clínica.

X6: “Sí, porque hay comités para todo, comités de todo y se reúnen entre ellos, porque por la planta poco pasan, yo por lo menos no los veo nunca. No sé. Y hay de todo, porque el otro día me dijeron todos los que había aquí y me quedé, vamos, muerta.” (Grupo de 0 a 2 años)

X3: “¿Pues no hay un departamento de docencia en los hospitales? (...) Siempre que haya alguna evidencia o que crean que se tenga que poner algo nuevo, son ellos los que tienen que venir a la planta, hacernos una reunión para explicarnos de qué va y entregarnos la información.” (Grupo de 0 a 2 años)

X5: “Yo también creo que dentro de las comisiones, tanto de investigación como tal, creo que además de entretenerse en evolucionar y buscar nuevas y tal debería, considero yo, de haber también gente, que representara cada servicio, cada servicio importante digamos, que hubiese dos o tres, servicio de urgencias, servicio de psiquiatría y tal y claro es algo que a día de hoy creo que no hay y si hay, pues claro, es que ahí se encargan sobre todo de investigar temas aparte del hospital, claro, y si investigaran, a lo mejor hicieran búsquedas, a lo mejor al año hacemos una búsqueda de técnicas y tal y a lo mejor ponerlas en marcha.” (Grupo de 2 a 10 años)

X5: “Bueno, igualmente yo creo que lo más fácil si alguien hace un estudio es que ese alguien o ese grupo de personas que lo han hecho lo expliquen un poco, ¿sabes? A la gente que, con la que trabajas.” (Grupo de 10 a 20 años)

X6: “Y luego hacer difusión tanto dentro del centro como fuera. A través de congresos, de seminarios, de jornadas....”

X3: “Mediante la comisión de investigación del hospital también.” (Grupo de más de 20 años)

Sobre esta falta de comunicación entre la institución y las enfermeras asistenciales, en el grupo de coordinadoras incluso se destacó que en muchos casos la gerencia no era ni si quiera consciente del trabajo que realizaba enfermería en su práctica diaria.

X9: “Yo creo que a gerencia o a las gerencias en general le importa poco como se hacen los cuidados, o sea, mientras mantengas unos estándares de calidad, pero yo creo que, una cosa es la dirección de, la dirección de enfermería sí, pero una gerencia yo creo que ni siquiera sabe que es lo que hace a nivel de, la enfermería de base.”
(Grupo de coordinadoras)

En el grupo de más de 20 años de experiencia se destacó que en algunas ocasiones ni siquiera estaba clara la organización hospitalaria concreta de la que las enfermeras dependían directamente, lo cual hacía imposible saber a quien dirigirse.

X2: “Yo dependo contractualmente de una gerencia, funcionalmente de otra y las unidades de salud mental en general dependen de otra con lo que ya no sé a quien dirigirme, porque todos me pasan de uno a otro (*Ríen*).” (Grupo de más de 20 años)

En el grupo de enfermeras de 2 a 10 años de experiencia se habló sobre la rigidez o la flexibilidad de algunos hospitales con respecto a la aplicación de nueva evidencia en la práctica diaria.

X1: “Yo creo que también depende de donde sea el hospital. Yo he estado en varios hospitales y he estado en hospitales en los que se trabaja así, esto es lo que hay y de ahí no te salgas, ni lo intentes. Ni hacer nada por tu cuenta que implique otra cosa. Por ejemplo, aunque a mí me sorprendió mucho, cuando llegué donde estoy trabajando ahora, dentro de que estás en hospital y que hay que seguir unas reglas y que las cosas se hacen de una manera y que no puedes cambiar cualquier cosa, sí que me parece a mí que hay bastante autonomía, dentro de las limitaciones que tiene, que estás en un hospital, ¿no? La verdad es que yo en ese sentido actualmente creo que soy una privilegiada porque sí que tengo esa libertad en determinadas cuestiones de actuar con bastante autonomía.” (Grupo de 2 a 10 años)

4.4 Falta de recursos

En los grupos de discusión se habló sobre la falta de diversos recursos que según las enfermeras la institución no proporciona y serían necesarios para la correcta implantación de nueva evidencia en la práctica diaria de las enfermeras.

En este sentido, se destacó la falta de formación proporcionada por la institución a las enfermeras. Este fue uno de los puntos más debatidos en todos los grupos ya que en todos ellos surgió como uno de los recursos más necesario.

X4: “Porque yo le puedo enseñar a mi manera, a mi manera porque no hay ni un protocolo que te indique como poner un yeso de lo que sea, ¿sabes? Que creo el hospital también se tiene que interesar un poco, ¿sabes? De que su personal esté bien formado.” (Grupo de 2 a 10 años)

X5: “No, también yo creo que el problema es de formación que se facilite un poco más porque claro tanto la investigación como la evidencia clínica, bueno, es como los coches eléctricos, sabemos que hay pero quien ha visto uno (*ríen*) A mí me está costando la vida encontrar cursos de evidencia clínica o para formarme más.” (Grupo de 2 a 10 años)

X4: “Yo a parte de que no tienes tiempo es que no sé como hacerlo.” (Grupo de 10 a 20 años)

X4: “Sí, yo tampoco tendría ni idea de por donde empezar. Sí que sé lo que me gustaría que se investigara pero como se hace ni idea. Hace falta gente preparada para eso.” (Grupo de más de 20 años)

X2: “Eso también es una cosa que para mí hacer una búsqueda bibliográfica he hecho dos cursos y aún no sé. Y es muy difícil, para mí es una cosa muy difícil. A parte, toda la bibliografía está en inglés, tampoco tenemos un nivel de inglés, yo personalmente más que de leer y tener que ir a buscar palabras...” (Grupo de coordinadoras)

X2: “Yo creo que falta mucha formación. Yo creo que a lo mejor, no quiero decir que tenga que ser una obligación ni mucho menos pero si también el hospital facilitase, nos facilitase una formación en esto que tú digas ah, bueno, pues venga a ver que tal, pues a lo mejor sí que podríamos, como dice X4, dinamizar un poquito más el grupo y

hacerlos avanzar, no lo sé.” (Grupo de coordinadoras)

Con respecto a este tema se hizo hincapié en la falta de plazas para los cursos que ellas consideraban interesantes.

X4: “Y después las plazas son limitadas. Cuando realmente el curso es algo que tú dices ostras, esto es algo que me parece útil, esto sí. Fuera. Es decir, entre el poco tiempo que llevas trabajando y que yo no sé si se tendrá en cuenta pero yo muchas veces me quedo fuera y digo, ¿pero como puede ser? Y son cursos claramente que digo de esto sí que se puede sacar chicha, para hacer dos horas en Gesma sobre la tarjeta electrónica hay dos turnos y a cosas a las que les vas a sacar partido pues muchas veces no.” (Grupo de 0 a 2 años)

X1: “Eso sí que es la institución porque si hay cursos que se han llenado y gente que aún llama y tú le tienes que decir no, tengo lleno pues sí, que se vuelva a hacer y que se guarde un contacto para decir eh, ¿te quieres apuntar que volvemos a tener este curso?.” (Grupo de 0 a 2 años)

Por otra parte, también se comentó que debería proporcionarse ayuda para la formación desde la institución.

X4: “Aparte de que es un tema que desconozco y me cuesta mucho y que no es fácil para.... Necesito ayuda de vamos, y es un tema muy difícil.”

X3: “Necesito un croquis.” (Grupo de 10 a 20 años)

X2: “Nos llegaron los artículos, aquello que dices bueno empápate del familiar, yo con mis artículos y venga un poquito cada día, traducidos por X1. Pero si yo los tenía que ir a buscar....Eso es lo difícil. Para mí lo difícil es encontrar, yo no sé buscar, quiero decir, así de fácil os lo digo. Otras cosas sé, pero esa no.” (Grupo de 10 a 20 años)

Otro aspecto a destacar fueron los fallos con respecto a la información sobre la formación existente por parte de la institución.

X3: “Hace poco hicimos el de sociosanitarias y vino una auxiliar porque no se apuntaron enfermeros, había un montón de plazas libres o no nos llega la información como toca, fallo algo porque no lo hicimos, o no nos llega la información como toca o no sé porque vamos.” (Grupo de 0 a 2 años)

Por último en el grupo de 0 a 2 años se habló sobre la necesidad de que la institución diese la posibilidad de acceder a cursos más baratos.

X6: “Y también facilidades, porque hay cursos que son muy caros, que no todo el mundo se los puede permitir, también está los postgrados y los masters, por ejemplo.”
(Grupo de 0 a 2 años)

En todos los grupos se habló muy extensamente sobre la falta de personal en las diferentes unidades de los distintos hospitales, lo cual dificultaba el hecho de trabajar con evidencia y llevaba asociadas, según las enfermeras, determinadas consecuencias que se comentarán a continuación.

X4: “Ahora que las cosas están así y ni siquiera están cubriendo a gente que se pone de baja.” (Grupo de 0 a 2 años)

X3: “Y los fines de semana, no entiendo lo de los fines de semana, ¿Por qué reducen el personal los fines de semana? Si hay los mismos pacientes.”

X6: “Pero es igual.” (Grupo de 0 a 2 años)

X4: “Por lo que te he contado ahora, si de seis bajas sólo nos cubren tres, vas cargadísima de trabajo, no tienes tiempo de hacer, bueno, es que es un sálvese quien pueda.”

X8: “Nosotros que tenemos cobertura para trabajar sí, ahora para dedicarte ya a tener más tiempo para, no.”

Muchos: “No, no.” (Grupo de 2 a 10 años)

Una consecuencia es que la falta de personal influye en la manera en la que se realiza el trabajo.

X6: “Influye la carga de trabajo, el que tienes que ir a destajo porque quieres acabar el turno haciéndolo todo y no te da tiempo, y al fin y al cabo o te equivocas, o lo haces mal o no lo haces como quieres porque con prisas es que no puede salir nunca bien todo, por mucho que quieras.” (Grupo de 0 a 2 años)

X5: “Basada en la evidencia. Pues yo creo que no. O sea, y creo que por ejemplo en la UCI tampoco. O sea, es una cuestión de los ratios que hay en las investigaciones, los ratios son mucho más bajos, los cuidados serían mucho más amplios, los registros serían mucho más amplios, el trabajo de la enfermera nos podríamos basar en lo que

has dicho tú inicialmente, no sólo en el cuidar sino en la gestión, en muchas otras partes que no tenemos tiempo. Bueno, yo creo que ¿Qué podemos trabajar? Sí, trabajamos y trabajamos bien y, bueno, sí. Ahora, ¿En la práctica basada en la evidencia? Yo creo que no, que eso sería utópico, desde mi punto de vista sería bastante utópico.” (Grupo de 10 a 20 años)

X9: “Yo creo que ni para la asistencial básica del día a día, ¿sabes? Para cubrir la calidad de los cuidados diaria yo creo que ya falta gente. Para ya ponerse a hacer filigranas.” (Grupo de coordinadoras)

También dificulta la posibilidad de realizar formación de forma continuada.

X4: “Pero es súper complicado porque aunque te haya dado la matricula el supervisor primero tienes que apuntarte, después te tienen que aceptar, después te tienes que poder pedir esos días en el trabajo que no siempre puedes, a mí me han denegado días...”

X3: “Ah, eso también.”

X4: “...de docencia porque no había personal... Y también lo entiendo, yo entiendo que mi supervisora no hace milagros, pero se me ha denegado. Es decir, se me ha dado un curso, no poder ir porque esos días que yo trabajaba no se me podía cubrir y no he conseguido hacer cambios con las compañeras.” (Grupo de 0 a 2 años)

Por otra parte, imposibilita la realización de investigación dentro de la jornada laboral.

X9: “Yo no puedo coger a tres enfermeras en turno de mañana, ya no liberarlas, decir vamos a ponernos dos horas esta mañana.”

Muchos: “No, no puedes, no.”

X8: “Imposible porque su trabajo se queda sin hacer.” (Grupo de coordinadoras)

X1: “Entonces claro, yo tampoco puedo sacarlas siete horas para que estén haciendo un trabajo, no puedo, no tengo recursos para cubrir.” (Grupo de coordinadoras)

Relacionado directamente con la falta de personal, en todos los grupos de discusión se habló de la necesidad de tiempo dentro de la jornada laboral tanto para la realización de investigación como para la actualización y la ejecución de cuidados actualizados y basados en la evidencia.

X3: “También es como que encima te sabe mal, porque dices, es que no tengo tiempo yo y tus compañeros van como tú.” (Grupo de 0 a 2 años)

X2: “Sí, más, pues más tiempo.”

X4: “Más tiempo, que la docencia e investigación se dedique a lo útil, a lo verdaderamente...” (Grupo de 0 a 2 años)

X4: “Yo como mucho he llegado al punto que puedes intentar distribuir el trabajo entre tres o cuatro compañeros, y te encuentras de todo. Eso es lo máximo que puedes llegar a hacer, a distribuir y cada uno en su casa que haga el trabajo.” (Grupo de 10 a 20 años)

X5: “Yo creo que no tenemos tiempo suficiente o coges tu tiempo personal, que ya de esto ya vamos escasos, que como no tenemos vida social prácticamente, con los turnos, las noches, lo no sé qué, o gastas de tu vida personal, que ya quieres gastar poco, por lo tanto, las investigaciones con cuentagotas.” (Grupo de 10 a 20 años)

X6: “O hoy se queda sin hacer la higiene porque tengo una duda y no le voy a hacer la higiene y me voy a dedicar a investigar.” (Grupo de 10 a 20 años)

X5: “Cuanto más mayor eres más vida tienes detrás y es más complicado buscar tiempo fuera del trabajo para seguir. Oye, hay gente que lo hace pero no sé como lo hacen. Personalmente yo no sé si podría mantener un ritmo de trabajo durante la semana fuera de mi trabajo, entonces claro, si no me ayudan en mi tiempo de trabajo, ¿Cómo me ayudan? No lo sé, yo tengo pacientes que me esperan, me doy la vuelta y tengo tres más, no lo sé. No sé si es hacer paréntesis y luego yo que pueda justificar mi trabajo de alguna manera, no hay nada de tiempo para hacer investigación. No lo sé, ¿no? No sé como se podría justificar eso, pero si no es así yo en mi caso dudo que pudiera o que me encante o me gustara no sé si podría hacer. Porque claro...” (Grupo de más de 20 años)

X3: “En nuestro hospital tenemos una asesora de investigación dos días a la semana pero es que yo no puedo interrumpir las consultas e irme allí a hablar diez minutos con ella.” (Grupo de más de 20 años)

X7: “Todo eso es secundario si tuviéramos tiempo laboral para trabajar y hacer todo lo que tenemos que hacer. Lo demás es secundario. O que supieras que hacer unas horas extras y te compensaran por esas horas extras, por ejemplo, que estoy segura que a una persona le dijeran mira, ¿me vienes a trabajar esta tarde? Y saben que esto te lo compensaban de otra manera la gente te respondería muchísimo más.” (Grupo de coordinadoras)

En el grupo de coordinadoras se destacó que la falta de personal y la falta de

tiempo durante la jornada laboral para realizar investigación y búsquedas sobre nueva evidencia, provoca que muchas de las actividades que deberían estar incluidas en la jornada laboral se realicen fuera de ella de forma voluntaria.

X5: “No, pero también es verdad lo que dice ella, que aparte es que se abusa mucho del colectivo de enfermería en que somos un colectivo voluntarioso, es decir, que lo hacemos todo por voluntad y disponen de nuestro tiempo libre, de nuestros recursos...” (Grupo de coordinadoras)

X5: “Que llega un punto que dices bueno, ahora ya estoy cansada de poner tantos recursos personales para después tan poco reconocimiento y que después nunca se traduce en nada.” (Grupo de coordinadoras)

X5: “Tu vida personal es tu vida personal y no pueden disponer de tu vida personal para una cuestión laboral y profesional, da igual si tienes hijos o no, tu vida personal es la tuya y con tu tiempo tú haces lo que te da la gana. Y me puede afectar igual a mí que a la madre de dos hijos, porque lo que yo hago en mi tiempo libre puede ser tan importante o igual de responsable que cuidar a mis dos hijos. Entonces no me parece bien decir no, es que las madres... No, las madres tanto como a las no madres. Es que yo no soy madre y al final esto me cabrea un poco (*rien*).” (Grupo de coordinadoras)

Por otra parte, dos de los grupos opinaron que otro recurso que la institución debería proporcionar y no lo hace actualmente es la asesoría, tanto a la hora de investigar como a la hora de aplicar nueva evidencia en la práctica diaria.

X2: “Que te sepan un poco guiar porque en realidad la enfermería todo lo que es investigación es bastante reciente porque yo estudié, cuando yo estudié, que terminé hace Z años había una asignatura que era optativa de investigación cuantitativa y cualitativa pero nos daban prácticamente nada de investigación. Entonces, claro, muchas veces la gente sí, sí a mí me gustaría investigar, me gustaría hacer cosas pero es que no sé ni por donde empezar.” (Grupo de 2 a 10 años)

X5: “Dentro de cada servicio pues que hubiera un cabeza o un minigrupo dentro de él que tuviera contactos o estuviera dentro de, del sistema de investigación del hospital o del sistema de salud de la unidad que es lo que creo que no hay, bueno, ahí.” (Grupo de 2 a 10 años)

X4: “Yo a parte de tiempo pienso también que encontrar el grupo de gente y después que haya gente que te asesore porque es que, que te digan por donde tienes que ir,

pero a lo mejor por ti mismo dedicarías un tiempo pero solo no puedes ir a hacerlo.”

(Grupo de más de 20 años)

En el grupo de 2 a 10 años de experiencia se habló de que la institución espera que las enfermeras sepan desenvolverse en todas las unidades del hospital con la misma soltura y manejando la evidencia.

X9: “Yo creo que el gerente del hospital piensa que esto es lo más normal del mundo, que todas tenemos que saber de todo.” (Grupo de 2 a 10 años)

En el grupo con más de 20 años de experiencia así como en el grupo de coordinadoras se destacó la falta de recursos económicos por parte de la institución y cómo ésta afectaba directamente a la utilización de nueva evidencia científica en la práctica diaria.

X1: “Y no siempre estás con disponibilidad de gastarte seis, siete, ochocientos euros para ir a un congreso, te encantaría pero dices es que claro, a lo mejor oye, puedo salir una vez de viaje pues me iré con mi marido a Málaga.” (Grupo de más de 20 años)

X5: “Lo que se necesita es, yo que sé, tener nuevos materiales, aparte de que ahora es más difícil porque no hay dinero para nada y generalmente no hay dinero para nada, pero desde que tú lo pides hasta que tú llegas a conseguir que eso te llegue, es un proceso muy largo. Tú lo pides, eso tiene que pasar por compras, compras tiene que aprobar el presupuesto, tiene que pedir no sé cuantos presupuestos... Entonces, todo esto lo pido hoy y si el mes de marzo lo tengo solucionado es casi como bueno (*aplaude*).” (Grupo de coordinadoras)

En el grupo de 10 a 20 años de experiencia se habló ampliamente sobre la falta de espacios o recursos materiales para enfermería proporcionados por la institución.

X5: “A ver, hay aulas para eso, aulas para enfermería. Igual que los médicos tienen su despacho si pudiésemos optar a una especie de aula donde se pudiese ir a trabajar durante tu horario laboral, ¿eh?, porque es que yo creo que haríamos mucho más.”

X6: “Y no sólo la biblioteca que tengas que llamar para que te la abran y eso, no, sino que estuviera físicamente o muy cerca de tu unidad, de tu espacio de trabajo.” (Grupo

de 10 a 20 años)

4.5 Evaluación de la implementación

En esta categoría se agrupan todas aquellas opiniones que las enfermeras participantes en los grupos de discusión expresaron sobre la evaluación que se realiza desde su institución a la práctica diaria que ellas llevan a cabo. Por otra parte, también están todas aquellas opiniones referidas a qué persona debería llevar a cabo la evaluación de la implementación de la evidencia y cómo debería realizarse la misma.

En algunos de los grupos surgió la opinión de que la evaluación de la implantación de nueva evidencia en la unidad debía ser realizada por expertos observadores investigadores. En el grupo de 0 a 2 años de experiencia se sugirió que esta observación y evaluación de la calidad de los cuidados debía ser realizada por la coordinadora de la planta.

X3: “Para ver si hay calidad en un servicio se tiene que observar. Si tú no lo observas por mucho que tú seas la supervisora, si no observas como se hacen las higienes, como se hacen las curas, de la evolución de las curas, de los errores que ha habido porque han pasado, ha habido un error con algo saber bien qué es lo que ha pasado, que es lo que no. Creo que se tiene pues que observar eso, sino por mucho... por el escribir puede ser verdadero o falso, o sea, no sabes si se ha comprobado o no se ha comprobado si tú no estabas en ese momento y yo creo que, que la supervisora se tiene que encargar de que la calidad en la planta sea idónea.” (Grupo de 0 a 2 años)

En los grupos de 10 a 20 años y de más de 20 años de experiencia se propuso que la observación y la evaluación de la implantación de una determinada evidencia científica en la unidad debería ser llevada a cabo por las mismas personas que han realizado la investigación a través de la observación.

X4: “Yo creo que es la misma gente que ha presentado esa evidencia y que pretende

implantarla tendrían que tener la metodología para evaluar esos cambios que proponen o, lo que, el cambio que proponen.” (Grupo de 10 a 20 años)

X5: “El grupo de investigación, sean enfermeros del hospital o sean enfermeros de investigación. Ese grupo que hace ese estudio quizás sea ese el grupo que tiene que preocuparse, en primera estancia, luego a medida que vaya habiendo frentes abiertos la investigación abre más frentes de seguimiento. Pero quizás ese estudio que tiene un nombre y apellido con un título y persona detrás que sigan, ¿no? El... Es lo ideal.” (Grupo de más de 20 años)

Otra de las opiniones que surgió en los grupos sobre la evaluación de la implementación de la evidencia fue la de que las enfermeras que trabajan en las unidades deberían realizar su propia evaluación sobre los cuidados proporcionados.

X3: “Sí, yo creo que la opinión del paciente es importante, pero yo creo que para que sepan que el trabajo está bien hecho tiene que ser, sobre todo enfermería, tiene que ser de otra enfermera.” (Grupo de 0 a 2 años)

X7: “Como de hacer enfermería, lo hacemos nosotros al final. Pruebas algo y vas viendo los resultados. Es como cuando te ponen un material nuevo, dices lo evalúas, ¿eh?, a mí no me va bien por esto y no me va bien. Ahora mismo nos ha pasado, han traído un producto nuevo y dices, has tenido que decir mira, esto que nos habéis traído es malo ¿por qué? Porque tú, tú y tú me habéis dicho que no va bien, entonces me lo tengo que creer. Esto ahora acaba de pasar con un producto que nos han traído nuevo y todo es igual. ¿Unas agujas nuevas? Pues eso.” (Grupo de coordinadoras)

En los grupos de enfermeras con menos experiencia, de 0 a 2 años y de 2 a 10 años, se señaló que la evaluación de los cuidados y de la implantación de nueva evidencia científica en determinadas unidades en cierta medida, también podría ser llevada a cabo por los propios pacientes.

X4: “Pero después hay unidades en las que se tiene que evaluar...no podemos, no podemos excluir al paciente. Por ejemplo, en unidades paliativas es súper importante que el paciente te diga pues mira o incluso la familia, pero bueno, en paliativas como en otras unidades, que la familia pues, yo es que he trabajado en el Joan March y la familia te lo decía, gracias porque lo habéis llevado de esta manera y así nos ha ido bien. Esto te está ayudando a ti a evidenciar que lo estás haciendo bien.” (Grupo de 0 a 2 años)

X8: “Y también el paciente. Si tú le haces una técnica, una cura o algo, si tú pudieses hacer un seguimiento de esta cura o contactar con alguien, por ejemplo, de hospitalización a primaria a ver como ha ido, a ver si ha habido alguna complicación. Porque por ejemplo en la planta de urgencias haces muchas técnicas, muchas curas, muchas cosas que después no sabes como evolucionan y a todo el mundo le gustaría saber eso, ¿no?”

X4: “Claro, sí, sí.” (Grupo de 2 a 10 años)

Por otra parte, en los grupos de 0 a 2 años de experiencia y en el de 2 a 10 años también se destacó que la evaluación de la aplicación de nueva evidencia podría ser realizada a diario por todo el equipo de enfermería de la unidad en su conjunto a diario.

X1: “El equipo y en función de los resultados que dé, porque claro, el paciente, claro es que cada uno habla en función de su caso, yo si nos dan un catéter, una luz nueva que está más, tiene más posibilidades de, menos posibilidades de infección o mil cosas o un spray, yo que sé, mil cosas eres tú el que lo tiene que valorar. El paciente no dirá sí, me va bien, ¿no? Es la enfermera la que tiene que decir esto nos ha ido bien, no hemos tenido tantas infecciones, porque hemos seguido el protocolo y en teoría todo el mundo lo ha hecho así como tocaba, todo estéril, utilizando todo y este catéter nos ha ido bien o no nos ha ido bien. Yo creo que es el equipo, en función de lo que se quiera evidenciar.” (Grupo de 0 a 2 años)

X6: “¿Quién? El equipo. ¿Y cómo? A diario. Sí, a diario.” (Grupo de 2 a 10 años)

También se habló sobre los indicadores que se utilizan en la actualidad en los hospitales para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería. En los grupos de 2 a 10 años, de 10 a 20 años de experiencia y en el de coordinadoras se habló extensamente acerca de que en la actualidad desconocen cuales son los indicadores de calidad de su centro hospitalario o para que sirven exactamente los registros que llevan a cabo a diario sobre los cuidados que proporcionan a sus pacientes.

X4: “Yo no sé qué es lo que evaluamos, ni como se evalúa, ni qué es lo que se tiene que evaluar. Yo sólo sé que hace medio mes se hizo un grupo de valoración de enfermería, que es la única cosa que sé que a lo mejor nos pueden evaluar la carga de trabajo que tengamos, no lo sé. Pero no sé si tiene que ver con eso tampoco... porque

nadie me lo ha explicado y no sé qué es lo que quieren hacer ni qué dejan de hacer. Ni si hay una comisión de estas de investigación. No tengo ni idea.” (Grupo de 2 a 10 años)

X6: “Si resulta que la intervención que tú haces es eficaz habrá unos mejores resultados y esto extrapolándolo a cualquier tipo de intervención que enfermería pudiera realizar ¿Y cómo se debe eso medir en macro cifras o a través de otras cosas? Ya no sé muy bien como se puede acceder a todos esos datos. En este tema en concreto sí sé como es porque es a través de las infecciones, hay un estudio de prevalencia de infecciones que se hace en todos los hospitales que después se hace a nivel español, y se sacan todos esos datos. Yo intuyo que va por ahí.” (Grupo de 10 a 20 años)

X6: “Yo no lo sé si lo utilizan los supervisores en este caso para hacer una evaluación de cada uno de los enfermeros que tienen. No tengo conocimiento.” (Grupo de 10 a 20 años)

X8: “De todas maneras el tema de indicadores lo conoce la gente que está, es una opinión muy personal también, en gestión. Quiero decir, si tú hablas de indicadores a la enfermería asistencial, porque cada año cuando haces, cuando explicas los resultados de los objetivos que te has planteado y los resultados para que la gente vea que hemos conseguido y que no pues nada, te pones a hacer la reunión y hablas de este procedimiento, tal y de este objetivo que teníamos hemos, establecimos tal indicador y los resultados son tal y la gente...”

X6: “No se entera...”

X7: “No sabe ni de que...”

X8: “Pero no se enteran de nada, vamos. Esto pongo la mano en el fuego y no me quemó eh. No se enteran de nada.” (Grupo de coordinadoras)

En los grupos con menos años de experiencia, de 0 a 2 años, de 2 a 10 años y de 10 a 20 años, se habló sobre la perversión de los indicadores que se utilizan para evaluar en la actualidad, señalando que éstos no proporcionan información real y de calidad sobre los cuidados que se realizan, sino que simplemente describen si éstos están hechos o no.

X3: “O sea, lo ves durmiendo, no lo vas a despertar y muchos tienen demencia con lo cual la información la sacas del familiar y a mí me dijeron: oye, ahí tienes el UVA, haber cogido... O sea, ya te dicen de qué sirve, porque yo lo veo con compañeros que lo hacen. ¿De qué te sirve que te valoren y te hagan un corte sobre las valoraciones si

sabes fehacientemente que hay gente que no se basa en la situación del paciente sino que se basa en un informe de UVAs que ha venido de ingreso y en una historia que, que a lo mejor es diferente a la situación? No sé. O sea, esto está hecho, puntúa pero yo no creo que esa sea la forma de, de valorar la práctica clínica, en mi opinión.” (Grupo de 0 a 2 años)

X6: “Puede mirar una acción que esté hecha o que no esté hecha pero no si está bien hecha, ¿o no? Que ahí es donde voy, no sé que manera tienen de evaluar porque puedan ver cuatro garabatos en una hoja...”

X7: “Exacto, eso es lo que...”

X6: “...pero eso realmente puede que esté bien hecho o no, porque yo no sé si lo hacen o no.” (Grupo de 2 a 10 años)

X3: “Nosotros hacemos los informes de alta, léete el cincuenta por ciento que no hay por donde cogerlos, pero están hechos. El indicador cien por cien se cumple. El indicador está ahí.” (Grupo de 10 a 20 años)

X3: “Que no miden calidad asistencial realmente, miden otras cosas, miden números.”

X5: “Ya pero es...”

X6: “Pero no se paran a ver realmente a ver si haces tu trabajo o bien o mal.” (Grupo de 10 a 20 años)

En algunos de los grupos surgió la opinión de que la evaluación que se lleva a cabo actualmente de los cuidados es una evaluación esencialmente cuantitativa y que para evaluar la calidad de los cuidados sería necesaria algún tipo de evaluación más cualitativa.

X7: “Eso no porque lo que miran es de las catorce necesidades tienen que estar diez completas para que sea, para que ese punto sea correcto, entonces ponen que sí, que estén las escalas, el browten y eso todo correcto, que esté rellenado también y esto pues si están las tres rellenas y el EVA también, antes era en una planta, ahora es en todas, la del dolor y tal, bueno, que esté todo rellenado más cualitativo, o sea, que de calidad sería cuantitativo, o sea que esté hecho.” (Grupo de 2 a 10 años)

X4: “Bueno, yo creo que sí, que el como depende de cada, de cada tema que estemos hablando, si son temas más cualitativos, más cuantitativos pero ya depende pero yo creo que la propia enfermería” (Grupo de 10 a 20 años)

X9: “O sea, implantar cosas y coger datos y revisar a todo el mundo nos encanta y

todo el mundo cogiendo datos, pero luego hacer la evaluación es una de las fases que nos falta y que es lo que más cuesta.” (Grupo de coordinadoras)

Por último, en el grupo de enfermeras de más de 20 años de experiencia y en el de coordinadoras se habló brevemente sobre que los indicadores actuales funcionaban bien para evaluar la implantación de nueva evidencia y la calidad de los cuidados, pese no fue una opinión demasiado respaldada por el resto de participantes.

X1: “Yo creo que sí porque los indicadores se valoran para el conjunto de los pacientes que están hospitalizados y a lo mejor mis pacientes tienen unas características muy concretas pero los indicadores valen para todo el hospital, no sólo para mi planta. De todas maneras, hay unidades muy específicas donde los indicadores se modifican y se usan.” (Grupo de más de 20 años)

X5: “Siempre que tú estés midiendo el indicador con el rollo que quieres y el indicador que quieres pero yo creo que sí, que sirven y, pero que no los puedes mantener estáticamente durante mucho tiempo y que realmente midan lo que tú quieras que midan.”

X9: “Además los indicadores de lo que vayas a mirar los estableces tú, entonces si no están... Lo que igual falta también es formación en este aspecto, en calidad, en indicadores, tal, la gente está poco acostumbrada y lo que nos cuesta es evaluar. O sea, implantar cosas y coger datos y revisar a todo el mundo nos encanta y todo el mundo cogiendo datos, pero luego hacer la evaluación es una de las fases que nos falta y que es lo que más cuesta.” (Grupo de coordinadoras)

4.6 Propuestas de mejora

Los participantes en los grupos de discusión sacaron a relucir algunas propuestas para mejorar el trabajo basado en la evidencia y las relaciones con la institución.

En todos los grupos de discusión, las enfermeras demandaron más recursos. Principalmente, las enfermeras opinaron que el tiempo, era el principal recurso que la institución debería ofrecer para producirse una mejora en cuanto a trabajar con evidencia.

X2: “Tener más tiempo.” (Grupo de 0 a 2 años)

X1: “Tiempo, que nos den tiempo a las enfermeras.” (Grupo de 10 a 20 años)

X5: “Yo unas horas a la semana para investigar, lo que hablábamos. La liberalización de unas horas cada mes.” (Grupo de 10 a 20 años)

Una de las propuestas que surgió en los grupos con menos años de experiencia, (de 0 a 2 años y de 2 a 10 años), y en el grupo de coordinadoras, fue que para implantar la práctica basada en evidencia, se necesitaba incrementar la formación subvencionada por la institución.

X3: “Claro, y además, el problema de nuestra carrera es que es un trabajo que toca muchos palos entonces como no, no lo puedes saber todo, o sea, y aunque lo hayas visto no lo puedes saber todo porque como lo que dejas de tocar se te olvida, o sea, eso es evidente, entonces como no puedes tocar todo pues de alguna manera te tienes que reciclar y de alguna manera tienes que aprender cosas, entonces esto es lo que dice ella, es básico para que nosotros podamos ir refrescando la memoria y sobre todo pues actualizar por, por unidades o por tipo de paciente o, creo que es lo que mejor nos puede ayudar a nosotros, el tener esa información.” (Grupo de 0 a 2 años)

X3: “Horas de formación.”

X7: “Formación para investigar.”

X2: “Que pusieran horas de formación dentro de un mismo servicio, venga, horas de formación sobre un tema específico que... Sesiones que la gente se motive dentro de un servicio.” (Grupo de 2 a 10 años)

X2: “Que facilitasen recursos.”

X7: “Formación y recursos.”

M: “Formación y recursos.”

X7: “Formación y recursos, sí.”

X6: “Que una parte del presupuesto pesara enfermería.” (Grupo de coordinadoras)

Por último, el grupo realizado con enfermeras de 0 a 2 años de experiencia, opinaron de manera reiterada que para mejorar el trabajo con evidencia científica sería muy necesario mejorar el contenido de los cursos ofrecidos a las enfermeras desde la institución.

X4: “Pero a veces se está dando, pero no se está dando lo que sería más útil para tu profesión y tu unidad o tu..., o lo que tú puedas aplicar y otras veces está mal organizado, pierdes mucho tiempo.” (Grupo de 0 a 2 años)

X3: “Pues que hagan encuestas antes de poner los cursos, ¿De qué queréis los cursos? ¿Qué es lo que os interesa? Hacen los cursos, van poniendo cursos y tú te vas apuntando pero no te preguntan cuanta gente está interesada...” (Grupo de 0 a 2 años)

X3: “Para cualquier unidad, pero para específicas con más motivo todavía, porque a lo mejor no puedes poner una persona de RCP en todas las plantas. Pero por ejemplo, es lo que decía ella, si a mí una día me van a mandar a neonatos, me van a mandar a partos o me van a mandar a UCI, servicios en los que no he hecho ni prácticas - porque sólo he hecho en UCI- en neonatos no he hecho y en partos tampoco, pues por lo menos que haya alguien que se ocupe de que yo voy a, no iré a tocar nada que no, que no sepa hacer. Proteger al paciente sobre todo.” (Grupo de 0 a 2 años)

4.7 Gestión

En los grupos de discusión una de las preguntas estaba enfocada a averiguar la opinión de las enfermeras sobre como la gestión de la institución afectaba al trabajo con evidencia. Las enfermeras se centraron únicamente en opinar sobre la gestión que ejercían a este respecto los mandos intermedios. De esta manera, a continuación se agrupan aquellas opiniones que las enfermeras participantes en los grupos de discusión expresaron con respecto al papel que la coordinadora desempeña o debería desempeñar con respecto al trabajo basado en la evidencia.

En todos los grupos se expresó la idea de que la coordinadora de la unidad debería ser la persona que impulsase la evidencia y supervisase su correcta implantación en la misma.

X1: “Yo creo que es la supervisora quien, también el supervisor de la unidad, el que te tiene que decir escucha, hacemos un curso o unas conferencias sobre este tema que a nosotros nos interesa para esta unidad.” (Grupo de 0 a 2 años)

X2: “Gestor y debería de ser líder también. Debería de ser líder.” (Grupo de 10 a 20 años)

X1: “Al menos que sea el hilo conductor y que vele un poquito, no importa que esté ahí... Pero sí que esté velando un poco para que tú no te empieces a relajar.” (Grupo de más de 20 años)

X6: “Motivación, incentivación...”

X2: “Coordinar e incentivar.”

Muchos: “Sobre todo, sí, sí.” (Grupo de coordinadoras)

X9: “Teóricamente habría que liderar los grupos.”

X7: “Sí, exactamente.”

X6: “Claro.”

X9: “Es una parte importante. Lo complicado es que se dejen liderar y toda la parte de recursos que ya hemos comentado.” (Grupo de coordinadoras)

En los grupos de 0 a 2 años y en el de más de 20 años de experiencia, así como en el de coordinadoras, se habló sobre la función de la coordinadora como difusora de evidencia dentro de la unidad, en el sentido de que es necesario que ésta se asegure de que todas las enfermeras están siguiendo pautas similares para llevar a cabo los cuidados de enfermería.

X2: “Cuando llegas nuevo muchas veces es que no sabes, a lo mejor no vas a curar esa úlcera como puedas o como tú quieras hacerlo mejor, pero es que si no sabes, a lo mejor, que haya alguien que se haga... Si tú llegas y te dicen mira, hay unos protocolos, aquí los seguimos así, es muy importante....” (Grupo de 0 a 2 años)

X4: “La coordinadora está las cinco mañanas que es la que tiene la, es el hilo conductor, bueno, aunque ella luego no sea la enfermera referente de ningún paciente, ¿no? Pero sí que es la que lleva el hilo y vela para que nuestros cuidados sean... pero bueno, esto puede haber, yo pienso una cosa y mi compañera piensa otra, pero bueno normalmente hacemos esto. Los cuidados los planteamos enfermería y los hablamos, pero solo las enfermeras junto con la coordinadora.” (Grupo de más de 20 años)

X5: “Yo creo que a lo mejor lo que tendríamos que hacer sería como un dinamizador, ¿no? Nosotros a veces tenemos acceso a muchos recursos para investigación o para obtención de datos o no sé qué no sé cuantos, que a las enfermeras, por ejemplo, les es más difícil. Yo pienso que la iniciativa sí que tendría que salir de las enfermeras pero liderar, más que nada sería facilitar, coordinar, ¿no?”

Muchos: “Sí, sí.” (Grupo de coordinadoras)

En los grupos de 0 a 2 años y de más de 20 años de experiencia se consideró que la coordinadora tendría que ser la encargada de supervisar que la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes sea la adecuada.

X3: “No sabes si se ha comprobado o no se han comprobado si tú no estabas en ese momento y yo creo que, que la supervisora se tiene que encargar de que la calidad en la planta sea idónea.”(Grupo de 0 a 2 años)

X4: “Al menos en mi unidad la coordinadora es la que le es más fácil ir evaluando que todo se lleve a cabo, todos los estudios hechos, todo lo que se haya llevado a cabo... ella es la que lo tiene más fácil estar en contacto con todo.” (Grupo de más de 20 años)

En el grupo de 2 a 10 años de experiencia también se estuvo debatiendo sobre el papel de la coordinadora de la unidad como experta clínica sobre los cuidados específicos que se llevan a cabo en esa unidad ya que se consideró que si ésta tiene que ser la impulsora de nueva evidencia, debe saber si es posible aplicarla o no.

X4: “Por lo tanto, ella es la que en teoría tendría que dirigir un poco y, explicar un poco a lo mejor cuando entras en la unidad, el protocolo o como se tienen que hacer las cosas basadas en la evidencia, no que hace veinte años que soy enfermera y se tiene que hacer de esta manera, no, ¿sabes?” (Grupo de 2 a 10 años)

X8: “Nosotros tenemos una supervisora que no había trabajado nunca en nuestra unidad y no funcionó. Y tenía las cualidades de gestión, de administración y de moderadora personal, lo que quieras, pero no era experta clínica en la materia y eso la frenaba totalmente para ejercer su función de gestión de la unidad. Considero que la supervisora de la unidad tiene que ser experta clínica en la materia sino la supervisión no funciona, pienso yo.” (Grupo de 2 a 10 años)

En el grupo de 2 a 10 años de experiencia, se destacó que la función más importante que debía llevar a cabo la coordinadora era la de moderar entre las diferentes enfermeras de la planta pero también entre todos aquellos estamentos que estén por arriba y por debajo en la categoría laboral.

X1: “O sea, se supone que es el ideal, pero a parte está el ideal por arriba y por abajo,

¿no? Tiene que estar un poco de moderador de todo, ¿no? De observar, porque hay veces que tú puedes tener una opinión de algo, de un compañero, de una manera de trabajar, puedes contarlo, pero yo creo que también tiene que estar ahí para ser la persona que está ahí todo el tiempo.” (Grupo de 2 a 10 años)

X1: “O sea, porque claro, es alguien que entiende perfectamente. Ella sabe que está puesta allí simplemente para coordinar, te callará alguna vez a ti para que los demás estén contentos y al revés y será una simple mediadora.” (Grupo de 2 a 10 años)

Por último, con respecto a la opinión que las enfermeras tienen sobre lo que la coordinadora de la unidad debería ser, en el grupo de 0 a 2 años de experiencia, también se destacó la función de la coordinadora como transmisora de información, ya que según las enfermeras participantes en este grupo, tiene las herramientas necesarias para poder acceder a un volumen mayor de información sobre la evidencia científica y las últimas investigaciones.

X4: “El supervisor es importante y el supervisor sobre todo es el que te tiene que hacer llegar a ti la información porque claro tú a veces no sabes donde la tienes que buscar o no la encontrarás. El supervisor, que supongo que es también, no sólo está para supervisar tu trabajo o unidad, está también para, yo creo que estas cosas, es decir, yo creo que es un eslabón que tiene, a lo mejor el tiempo, habrá supervisores que no, y las herramientas para hacerte llegar la información.” (Grupo de 0 a 2 años)

Por otra parte, en el grupo de coordinadoras se comentaron las carencias que éstas mismas tienen para poder trabajar con evidencia e impulsar el trabajo con evidencia científica entre las enfermeras de su unidad así como la investigación.

X2: “También es que nos falta mucha formación.” (Grupo de coordinadoras)

X4: “Yo lo reconozco, yo ahora me dicen investiga y no sé por donde empezar. Y he querido hacer cursos de lo que vosotros habéis dicho que habéis hecho dos cursos de búsqueda, yo no sé, yo iré a Google. Google quiero esto y buscaré. Yo no sé buscar.” (Grupo de coordinadoras)

X2: “Claro, y después cuando haces un curso de búsqueda y ¡buf!, que mal que lo hago... No, no, no Google no, nunca...”

X4: “¿Qué quieres que haga? Si nadie me ha enseñado ni he tenido la oportunidad de

hacerlo, pues con lo que puedo.” (Grupo de coordinadoras)

También en el grupo de coordinadoras se destacó la multiplicidad de tareas a las que deben hacer frente y la imposibilidad que en ocasiones existe, de prestar atención a la nueva evidencia científica disponible y promover su aplicación.

X2: “Hombre, yo creo que aquí también, de nosotros también toca que salga algo, porque tú como supervisora, pues conoces la unidad, se supone que muy bien y sabes lo que se tiene que mejorar que también está bien que salga del grupo y, no sé, yo creo que también la gente ve al supervisor siempre como de figura referente en lo que se refiere a todo ¿Sabes? Con las curas de enfermería diarias, como en la investigación, como en instaurar la calidad y claro, eso no lo puedes evitar. Y a mí también me gusta pensar que nos ven así, pero bueno, es que muchas veces no tenemos tiempo de... ¿Qué te parece si hacemos esto? Sí, me parece muy bien pero va, vamos a hacerlo y nos lleva, y no tenemos tiempo ya de ni de acabar, la gente se cansa, no hay recursos.” (Grupo de coordinadoras)

En los grupos con menos años de experiencia, de 0 a 2 años y de 2 a 10 años y en el grupo de coordinadoras se habló sobre las diferencias existentes entre las unidades para trabajar con nueva evidencia o para realizar investigación científica en función de cómo es la coordinadora de la unidad.

X2: “Yo nunca había estado en una cosa de estas, en una reunión cada semana y que la supervisora me apuntara, te apuntara a cursos tampoco me había pasado. Así que depende del supervisor y depende de la planta que estés.” (Grupo de 0 a 2 años)

X5: “Yo creo que depende mucho del equipo que haya en el momento y del ambiente que haya. Y del coordinador.”

Muchos: “Sí, sí, sí.” (Grupo de 2 a 10 años)

X2: “A ver, después también están las preferencias de cada uno. A lo mejor tú eres supervisor de sanidad, eres un excelente supervisor y no te gusta hacer investigación.” (Grupo de coordinadoras)

Por último, señalar que en el grupo de 0 a 2 años de experiencia se habló sobre la necesidad de que la coordinadora se implique en la aplicación de nueva evidencia y en la actualización de conocimientos de sus enfermeras para que ésta se

aplique dentro de la unidad.

X1: “Yo conozco un caso de que nosotros subimos un paro a la segunda planta y las enfermeras de allí se quedaron así como decir, ¿qué hacéis? O que hacemos y ella se quejó, de decir escucha, se ha quejado la supervisora de decir escucha ya sé que somos nosotros los que subimos aquí al paro pero las enfermeras de aquí también tienen que saber algo, se tienen que saber mover y tal. El supervisor, hizo a todas un curso de RCP, ¿sabes? Fue el supervisor el que dijo ¿eh?, se me han quejado porque esto no puede ser verdad y todas hacemos un curso de RCP. Lo haré, él se preocupó, lo buscó y, ¿sabes? Hicieron de RCP.” (Grupo de 0 a 2 años)

4.8. Facilitadores de Práctica Basada en Evidencia por la institución

Por último, en los grupos de discusión se habló sobre aquellos elementos que las enfermeras consideraban que la institución proporcionaba con la intención de facilitar el trabajar con nueva evidencia científica.

En el grupo de más de 20 años de experiencia se comentó que la institución no tenía problema a la hora de introducir cambios con respecto a nuevos tratamientos o cuidados basados en nueva evidencia científica.

X4: “Y en nuestro caso nos ha costado mucho, también porque tenemos una parte ahora que es de consultas, que es el lactario, esto ha supuesto mucho, económicamente lo que el Govern apoyó el proyecto, pero ahora el hospital, yo no sé como lo va a mantener en presupuesto, es un montón. En esta sala extra que tenemos y para mejorar.”

X5: “Yo creo que depende de la inversión, ¿no? Que tenga que hacer el hospital.” (Grupo de más de 20 años)

X6: “Hasta hemos conseguido venir una tarde de peonadas porque tenemos ciertos pacientes que trabajan por la mañana y no pueden estar pidiendo horas en el trabajo, porque se les trata periódicamente, ¿no? Y muy bien.” (Grupo de más de 20 años)

En el grupo de coordinadoras se habló de que en algunos casos habían formado parte en la elaboración de nuevos protocolos para la unidad. Pese a todo, las afirmaciones no fueron demasiado rotundas ni apoyadas por la mayoría.

M: “¿Sentís que participáis en la toma de decisiones sobre la aplicación de la evidencia? ¿Consideráis que participáis?”

X9: “Depende de qué evidencia.”

M: “¿Depende de qué evidencia a qué te refieres?”

X9: “Pues si es un proyecto que hacemos nosotros claro que participamos. Si es una cosa que nos viene impuesta de fuera pues no.”

M: “En las cosas que os vienen impuestas de fuera, ¿pensáis que se os pide opinión?”

X9: “Depende de si, no sé....”

Muchos: “no...”

X2: “Depende, es que te viene, yo que sé, el proyecto de bacteriemia cero. Pues sí, fuimos a las reuniones, tal y cual pero nos dijeron lo haremos, porque venía más de la parte médica. Que sí, que contaron con nosotros para ponerlo en marcha pero opinión.”

X9: “Depende.”

X2: “No nos dijeron ¿os parece bien? No. Hay que hacerlo.” (Grupo de coordinadoras)

5. Percepción negativa de la profesión

En los grupos de discusión se detectó una visión negativa de la profesión de enfermería por parte de las propias enfermeras (Figura 9).

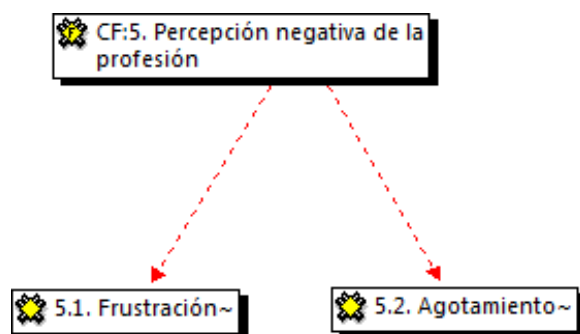


Figura 9: Percepción negativa de la profesión

5.1 Frustración

En los grupos de 2 a 10 años de experiencia y de 10 a 20 años, así como en el grupo de coordinadoras, se expresaron opiniones que apuntaban a que las enfermeras se sentían frustradas respecto a que la buena praxis que llevasen a cabo no sería compensada de ninguna forma y, por otra parte respecto a que, en muchas ocasiones

no podían aplicar aquellos conocimientos que tenían a su disposición referidos a la nueva evidencia científica, debido a que su situación laboral era precaria en esos momentos.

X6: “Yo todo lo que he hecho, me ha llegado a frustrar, o sea, no hago nada, me planto.” (Grupo de 2 a 10 años)

(Hablando previamente sobre el modo de aplicar los cuidados de enfermería dentro de la unidad)

X6: “O sea, ella lo que quiere es que la haga como quiere. O sea, yo ya la tenía hecha y la hace como ella cree que está bien.”

X8: “¿Y te la cambia en base a qué?”

X6: “En base a que ella es la supervisora y que se hace lo que la supervisora dice...”

X8: “Espera, espera, la práctica no se hace por autoridad.”

X1: “Exacto.”

X6: “¡Ya! pero funciona así. Ahora, yo me juego, estoy, estuve en un contrato de seis meses y me juego mucho ¿entiendes? Yo tengo que callar aunque no comulgue, pero es que mi situación no me permite hacer otra cosa. Es la impotencia, es sentirte muy, muy, muy mal.” (Grupo de 2 a 10 años)

X6: “Pero sí, a veces te planteas preguntas de estas y todo para qué y te dan ganas de mandarlo todo allí y otras veces no sabes porqué sigues para adelante.” (Grupo de 10 a 20 años)

X5: “Y pienso que esto hace que la gente se desmotive y que no tenga ganas de empezar esta cultura porque dice total, ¿para qué? ¿no? Me pagarán lo mismo, tanto a la enfermera que lo haga como la que no lo haga.” (Grupo de coordinadoras)

5.2 Agotamiento

Algunas de las enfermeras participantes en los grupos de discusión expresaron agotamiento con respecto a la situación actual ya que muchas veces no se sienten apoyados para introducir nueva evidencia en sus unidades o para realizar investigación.

X6: “No, me veo solo, me veo solo incluso a veces es como: ¿éste qué está diciendo? Siempre ha sido así, se han muerto así. Y no, a mí no me parece que esto sea así.”

X2: “Ya.”

X6: “Entonces o me uno... No sé, es como un aislamiento social. Pues lo mío lo hago como lo tengo que hacer. Pero claro, no hay una continuidad en mi trabajo, porque yo hago un trabajo con las fuentes y tal y llega el de siempre: oye, cállate, no digas tonterías. O sea, esto no es importante, entonces...” (Grupo de 2 a 10 años)

X6: “Muchas veces te desmotiva mucho, te desmotivas tú solo ante el paciente porque no estás lo suficientemente preparado para manejar un tema concreto, una situación, no te ofrecen los recursos que necesitas y eso hace que tú te sientas mal y acabas por, por desistir un poco y casi que caes en, en la desidia. Luego otras veces te recuperas, tiras para adelante y vas como si fueras un poco sobre, sobre las olas, subes y bajas y sí, generas conocimiento para que esté ahí.” (Grupo de 10 a 20 años)

6. Visiones de futuro con respecto a Enfermería Basada en Evidencia

En este apartado se han agrupado todas aquellas expresiones relativas a como piensan las enfermeras que se aplicará en el futuro la nueva evidencia científica en la práctica diaria (Figura 10).

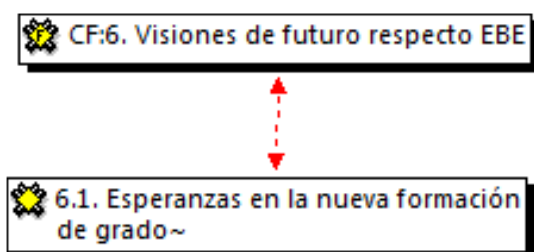


Figura 10: Visiones de futuro con respecto a Enfermería Basada en Evidencia

6.1 Esperanzas en la nueva formación de grado

En los grupos de 10 a 20 años de experiencia y en el de coordinadoras, se expresaron opiniones de confianza en que la nueva formación de grado en enfermería ayudará a trabajar con más evidencia científica de forma continuada.

X8: “Las nuevas promociones van a salir, quiero decir, esto lo van a tener de por mano, no va a ser algo extraño, quiero decir, con más motivo los que estamos con una

experiencia profesional para que....” (Grupo de 10 a 20 años)

X4: “Entonces yo me imagino que ahora con el nuevo plan de estudios, con el grado y luego viene master, ¿no? Doctorado. Todo esto va a llevar a que enfermería investigue. Entonces me imagino que de ahí partirá el hecho de que habrá más investigación lo que pasa que las enfermeras que hemos tenido los estudios actuales, del plan antiguo no tenemos la, la formación para poder investigar, ya desde la universidad. Entonces eso también creo que es un problema, el problema que tenemos todos.” (Grupo de coordinadoras)

Capítulo 4 - Discusión

Dado que el objetivo principal de esta tesis consiste en conocer la percepción, los conocimientos y las percepciones de las enfermeras de atención hospitalaria sobre la aplicación de evidencia científica a su práctica clínica y los factores que influyen en la misma, y puesto que para realizar este análisis se han establecido seis grandes familias formadas por diferentes categorías se seguirá este mismo orden para su discusión.

Respecto al concepto de evidencia, se puede decir que en general, las enfermeras conocían a grandes rasgos lo que era la evidencia científica o trabajar con evidencia, pero en ningún caso se obtuvo una definición completa de lo que es llevar a cabo la PBE. Otros estudios consultados también ponen de manifiesto que las enfermeras tienen escasos conocimientos sobre PBE y presentan dificultades a la hora de comprender de manera completa la terminología en los cuestionarios referidos al trabajo con PBE en los que se utiliza un lenguaje específico sobre el tema (Koehn & Lehman, 2008; McCaughan et al., 2002). Pese a todo, la mayoría de las enfermeras de estos estudios son capaces de dar una definición aproximada del concepto (Adib-Hajbaghery, 2009).

Con respecto a las fuentes habituales de evidencia se destacó como los elementos más utilizados y por este orden, el preguntar al compañero, la búsqueda en Google y consultar protocolos o GPC. En otras investigaciones también han surgido resultados similares. Así, en la llevada a cabo por Gabbay y le May (2004) basada en métodos de observación participante, se constataba que las enfermeras preguntaban principalmente a sus compañeros a la hora de conocer nueva evidencia científica en su trabajo, consultaban a través de Internet a profesionales que eran de su confianza

para conocer nuevas técnicas sobre los cuidados del paciente así como a líderes informales de las unidades. Por tanto, confiaban más en su experiencia previa y en la de los compañeros que en las fuentes resultado de investigaciones. Tal y como señaló el grupo de enfermeras con menor experiencia en nuestro trabajo, en la investigación de Gabbay y le May también se identificó como fuente de evidencia a los representantes farmacéuticos. Asimismo, en una investigación posterior llevada a cabo por McCaughman et al. (2005) se llegaba a conclusiones similares, siendo la principal fuente de información la experiencia previa del profesional seguida por la consulta al compañero o las GPC para tomar las decisiones finales sobre los cuidados proporcionados. En otra investigación cualitativa realizada por Marshall et al. (2011) se obtuvieron resultados similares donde las enfermeras preguntaban principalmente a sus compañeros a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento clínico a seguir, ya que desde la perspectiva de las enfermeras, esta información resultaba más práctica puesto que requería menos tiempo y ofrecía la posibilidad de compartir la decisión con respecto al tratamiento elegido validando así, de alguna manera, el juicio llevado a cabo por el profesional sanitario y disminuyendo la variabilidad. Otras investigaciones también señalan que las fuentes más utilizadas para la recopilación de evidencia y para la toma de decisiones por parte de las enfermeras eran aquellas basadas en las opiniones y las experiencias previas de los compañeros (McCaughan et al., 2005; Pericàs et al., 2014; Profetto-McGrath et al., 2010; Spenceley, O'Leary, Chizawsky, Ross, & Estabrooks, 2008). En el caso de los médicos de AP se obtienen también resultados similares, suponiendo la principal fuente de información sobre evidencia consultar al compañero (Sánchez et al., 2010).

Asimismo, las enfermeras consideraron que la diseminación de la EBE se realiza principalmente a través sistemas informales, es decir, a través de la

transmisión oral de la información en momentos de descanso y en espacios como el *office* ya que, en general, desde su punto de vista, las vías formales de transmisión de evidencia carecen de eficacia y, por lo tanto, les resultan mucho más útiles las informales. Puesto que destacaron que sus principales fuentes de evidencia eran las opiniones y las experiencias de sus compañeros, parece bastante plausible el hecho de que expresaran su preferencia hacia las vías de transmisión de información informales.

El único grupo que mencionó la existencia de espacios formales para la transmisión de evidencia fue el de coordinadoras. Así, algunos de los principales estudios sobre como favorecer la implementación de la PBE apuntan hacia la utilización de estrategias de diseminación en el lugar de trabajo, de manera más directa, que incluyan relaciones humanas, ya que éstas entran en juego a la hora de seleccionar la mejor evidencia disponible, y que tengan más en cuenta las redes informales así como la realidad del trabajo en enfermería (Galvin & Todres, 2011; Spenceley et al., 2008; Weinert & Mann, 2008). Atendiendo tanto a los resultados de esta investigación como la de otras similares que se acaban de señalar y a los fundamentos de la teoría crítica que remarcan que el hecho de elegir un proceso u otro a la hora de trabajar implica en sí mismo un acto de juicio subjetivo por parte del actor social (Misak, 2010), todo apunta a que deberían aprovecharse las redes informales para diseminar la evidencia científica fomentando, desde la organización, los espacios en los que las enfermeras pudiesen debatir de manera personal y directa tanto sobre la elección como la aplicación de nuevos procesos, convirtiendo los espacios informales en formales y reduciendo, así, la distorsión subjetiva de los hechos que puede darse en el momento de la elección de evidencia (Ortega & Cayuela, 2002).

En cuanto a las ventajas de trabajar con PBE se subrayó la mejora de la autonomía de la enfermera, entendida como la libertad para actuar atendiendo a los mejores resultados para el paciente, tomar decisiones independientes referentes a la práctica enfermera y decisiones interdependientes en lo que respecta a otras esferas que incluyan a más personal sanitario. Esta autonomía puede ser un elemento fundamental para realizar cuidados de calidad y para la satisfacción laboral de las enfermeras (Kramer & Schmalenberg, 2008b).

Otras ventajas de trabajar con PBE nombradas, fueron la unificación de criterios disminuyendo así la variabilidad, el aumento de la tranquilidad y la seguridad a la hora de llevar a cabo una determinada práctica. Algunas investigaciones han identificado también como principales ventajas la mejora de los resultados en el paciente, la mejora de la argumentación sobre tratamientos con otras enfermeras o con otros profesionales de la salud, la mejora de la autonomía como enfermera, el aumento de la credibilidad ante otros profesionales así como el aumento de la motivación en la profesión (Morales, 2003; Profetto-McGrath et al., 2010; Scott & McSherry, 2009). En el estudio realizado a médicos de familia por Sánchez et al. (2010), también se obtenían resultados similares destacando que el trabajo con PBE reducía la variabilidad, disminuía la incertidumbre, facilitaba el acceso a la información y proporcionaba herramientas para resolver el motivo de consulta del paciente de forma rápida y consistente.

Si comparamos las principales ventajas señaladas en el ámbito hospitalario con las de AP, en éste último, las enfermeras destacaban la reducción de la variabilidad clínica, la mejora en la calidad de los cuidados proporcionados al paciente, la mejora de la visión social de la enfermera y el respaldo legal ante sus

actuaciones, el aumento de la motivación del profesional y el ánimo para asumir más responsabilidades (Pericàs et al., 2014). Así, las enfermeras de AP y las de hospital comparten una visión similar sobre las principales ventajas de trabajar con PBE. Sin embargo, la gran diferencia radica en que las enfermeras de hospital destacan la autonomía como principal ventaja mientras que las enfermeras de AP hablan de temas más motivacionales o de mejora de la visión social de la profesión. Puede que las enfermeras de AP, en comparación con las de hospital, den por supuesta una cierta autonomía y que esto las lleve a no remarcar ese factor como una ventaja que proporciona el trabajo con PBE.

Las principales barreras externas que las enfermeras identificaron fueron la falta de autonomía dentro del hospital, principalmente ligada a la necesidad de seguir las indicaciones médicas, hecho que según ellas, les impedía llevar a cabo la PBE, la falta de experiencia en la unidad, los contratos de tipo precario, la falta de apoyo institucional para aplicar la PBE, la imposición de cambios sin justificación por parte del hospital y la falta de un marco legal que las respalde a la hora de aplicar nueva evidencia ya que, si el cambio no está pautado por el médico, carece de respaldo legal. En el estudio realizado por Gerrish et al. (2012) se identificaron barreras similares a las obtenidas en esta tesis, destacándose el papel que juegan los médicos en la implantación de la PBE ya que el apoyo o no de éstos pueden suponer la diferencia para la PBE en enfermería. Asimismo, Sánchez (2013) identificó en su investigación obstáculos relacionados con el contexto social, relacionados con conductas de oposición de otros profesionales y pacientes o familiares. Por otra parte, la falta de apoyo institucional y el impulso de la PBE representa uno de los principales obstáculos para implementar la evidencia dentro del centro hospitalario. Asimismo, las enfermeras consideraron que la aplicación de la PBE no se producía

de manera igualitaria entre las diferentes unidades. De este tipo de dificultades se hablará con mucha más profundidad posteriormente al referirnos a las barreras institucionales que identifican las enfermeras.

En cuanto a la principal barrera intrínseca de las propias enfermeras destacó la resistencia al cambio. Este resultado ha sido identificado en otras investigaciones, pese a que los investigadores le han atribuido otras nomenclaturas como la falta de credibilidad ante la evidencia (McCaughan et al., 2002) u obstáculos relacionados con los propios profesionales, refiriéndose a prácticas ancladas en la rutina y actitudes reacias e inmovilistas (Sánchez et al., 2013). Si analizamos este fenómeno desde la perspectiva de la teoría crítica vemos que se relaciona de forma directa con el fenómeno de la disonancia cognitiva y que muestra la inclinación del ser humano por aferrarse a una creencia a pesar de que la evidencia demuestre claramente su falsedad (Ortega & Cayuela, 2002).

Por otra parte se destacó, por una parte, la necesidad de adaptación de la evidencia al contexto concreto de actuación y, por otra parte, la confusión entre experiencia profesional y la aplicación de evidencia, ésta última probablemente relacionada con la vaga definición de PBE que proporcionaron, tal y como se ha comentado previamente. También se habló de la falta de motivación hacia el desarrollo profesional y sobre la percepción de que la aplicación de nuevas técnicas no mejoraría la situación social de la profesión enfermera. Estas barreras resultan similares a la que McCaughan et al. (2002) identificaron, dónde se destacaron la dificultad para interpretar y utilizar la investigación adaptándola al contexto y la falta de motivación. Esta desmotivación hacia la profesión puede suponer una gran barrera para la implementación de la PBE, por lo que posteriormente se hablará más

extensamente sobre el concepto que tienen las enfermeras de su profesión. El grupo con mayor experiencia profesional habló de la falta de investigación en enfermería, seguramente debido más a un déficit de formación para la búsqueda de evidencia que a una realidad, ya que, en la actualidad, la investigación en enfermería aumenta exponencialmente en nuestro país (García, 2012; Martínez & Monforte, 2012).

Si se comparan los resultados obtenidos en atención hospitalaria con los obtenidos en AP, se hallan muchas similitudes, tales como la falta de apoyo por parte de la organización para implantar la PBE, la incredulidad ante los protocolos o GPC, la introducción forzosa de cambios con respecto a prácticas clínicas por parte de la organización sin justificación previa de los mismos, la resistencia a los cambios por parte de enfermería, el escepticismo ante cualquier nueva evidencia científica, la falta de conocimientos sobre PBE así como la dificultad a la hora de cambiar prácticas fuertemente arraigadas (Pericàs et al., 2014). De esta manera, vemos que las barreras identificadas en esta tesis coinciden a grandes rasgos con las identificadas en otros estudios similares. Es importante destacar que para que se produzca una implementación efectiva de la PBE en los hospitales las organizaciones deberían reducir las barreras comentadas, tanto extrínsecas como intrínsecas (Kim et al., 2013).

En cuanto a los factores facilitadores de PBE, las enfermeras expresaron que la experiencia del profesional dentro de la unidad podía suponer una ventaja por diferentes motivos. En primer lugar, por el hecho de tener un tipo de contrato más estable que, según las enfermeras, permite una cierta especialización y, por lo tanto, un mayor conocimiento de la evidencia disponible para el campo concreto de la unidad. En segundo lugar, por el hecho de conocer más a los profesionales sanitarios con los que se trabaja y, por tanto, establecer relaciones de confianza estables. No

obstante, lo que se identifica como un facilitador para las enfermeras veteranas podría representar, a su vez, una barrera para las enfermeras noveles que no contarían con estas ventajas dentro de la unidad. Se ha comprobado que las enfermeras con mayor trayectoria asistencial tienen más capacidad para aplicar la PBE ya que el resto de profesionales sanitarios con los que trabajan, tanto médicos como enfermeras, les atribuyen una mayor credibilidad (Gerrish et al., 2012).

Otros de los elementos que, según las enfermeras, facilitan la PBE, son la existencia de un equipo multidisciplinar, el buen ambiente laboral y contar con un número reducido de enfermeras en el equipo de forma que se facilite el acuerdo sobre la aplicación de evidencia. Con respecto a este tema, se ha investigado de manera fehaciente cómo un buen ambiente laboral dentro de la unidad puede repercutir en el aumento de la calidad de los cuidados al mejorar la satisfacción del paciente y la seguridad en los cuidados proporcionados (Kramer & Schmalenberg, 2008a; Siu, Spence, & Finegan, 2008; Zwarenstein & Reeves, 2006). Tal y como se ha demostrado en los estudios referidos a hospitales magnéticos, es decir aquellos hospitales de Estados Unidos que conseguían fidelizar a su plantilla de enfermería fomentando la PBE, a través del buen ambiente laboral y la existencia de un equipo multidisciplinar se alcanza un ambiente de trabajo idóneo, permitiendo efectuar una toma de decisiones más efectiva, atendiendo al paciente de forma integral y consiguiendo resultados excelentes en los cuidados (Lundmark, 2008; McHugh et al., 2013). Es por estos motivos que las acciones de las organizaciones hospitalarias deberían encaminarse hacia el fomento del equipo multidisciplinar y el buen ambiente laboral para obtener los mejores resultados en los pacientes y el trabajo basado en evidencia.

En los grupos de discusión las enfermeras opinaron que resulta más fácil aplicar la PBE en AP que en hospital. En general, consideran que aquellas que trabajan en AP y en residencias participan en mayor medida en la toma de decisiones del centro, el apoyo de los gestores a las enfermeras es mayor para la implantación de nueva evidencia y las relaciones médico - enfermera se perciben como más positivas (M. A. Pérez, Sánchez, & Pancorbo, 2013). Esta apreciación se asocia directamente con el hecho de que las enfermeras piensan que en AP el grado de autonomía para aplicar la PBE es mayor ya que participan más en el proceso de toma de decisiones sobre tratamientos y cuentan con campos de actuación específicos de enfermería como la educación para la salud, es por ese motivo que, en realidad, este aspecto también se encuentra directamente relacionado con el clima laboral y las relaciones interprofesionales. Al parecer, el modelo de trabajo de AP favorece una mejor percepción del entorno laboral así como la toma de decisiones y la posibilidad de desarrollo profesional, elementos fundamentales para llevar a cabo una buena PBE (M. A. Pérez et al., 2013).

Por lo que respecta a la realización de investigación por parte de las enfermeras, todos los grupos reclamaron la necesidad de tiempo dentro de la jornada laboral para llevarla a cabo ya que consideraban que únicamente contaban con el tiempo necesario para realizar estrictamente lo que se refería a la práctica asistencial. La falta de tiempo ya ha sido analizada en otras investigaciones españolas como la principal barrera para llevar a cabo investigación y se desprende directamente del hecho de contar con poco personal y de la priorización de actividades asistenciales en detrimento de las investigadoras, especialmente en enfermería por parte de la institución (T. Moreno et al., 2010; Oltra et al., 2007).

En el grupo de coordinadoras surgió una propuesta, apoyada unánimemente, para solucionar esta falta de tiempo para realizar investigación y actualizarse en la misma, consistente en contar con enfermeras que se dedicasen de forma exclusiva a la investigación y que posteriormente transmitiesen sus conocimientos al resto de enfermeras de la plantilla. En el resto de los grupos, a su vez, también se habló de la necesidad de mentores expertos que se hiciesen cargo de dirigir la investigación. En algunos países (Galao, 2009; Sangster, Martin, Downe, & Dicenso, 2011) ya se ha implantado la figura de las enfermeras de práctica avanzada que podrían suponer un puente entre las asistenciales y la nueva evidencia científica ya que cuentan con estudios de máster y/o doctorado y, por lo tanto conocen en profundidad técnicas de investigación y búsqueda de evidencia. Estas enfermeras de práctica avanzada pueden aportar ventajas tanto para investigación como para la implantación de la PBE ya que suponen un elemento facilitador de conocimientos científicos transferibles a la práctica, pueden ayudar a los investigadores a focalizar sobre los temas que son más relevantes para la práctica clínica y, al contar con un mayor nivel de conocimientos, pueden dedicarse a realizar una adaptación de la nueva evidencia al contexto en el que se pretende implantar (Profetto-McGrath et al., 2007).

A pesar de todo, han sido identificados diferentes problemas en los países donde se han implantado las enfermeras de práctica avanzada. El principal problema es que los roles que se les han asignado a ellas y a las enfermeras de base no han sido claramente definidos, hecho que dificulta la toma de decisiones sobre los cuidados y varía sus funciones de un país a otro. Este aspecto ha derivado en problemas de coordinación así como problemas para la profesión de enfermería, que se encuentra con muchas más dificultades para definir su función dentro de la jerarquía hospitalaria (Lowe, Plummer, O'Brien, & Boyd, 2012). Por lo tanto, desde los

organismos internacionales reguladores de la enfermería deberían clarificarse los roles y establecer definiciones sobre el tipo de formación que deben recibir y las competencias así como los roles y las responsabilidades si es que las organizaciones hospitalarias deciden tomar ese camino (Noyes, 2012).

Sin embargo algunos autores señalan que podría tener un impacto más favorable fomentar un trabajo más autónomo por parte de enfermería en lugar de introducir nuevas figuras (Bonner & Sando, 2008; Lowe et al., 2012). Podría ser mucho más provechosa la idea comentada en los grupos de enfermeras de base de que se produjese un liderazgo clínico por parte de alguna profesional de la plantilla, de forma que se fomentase la realización de investigación en el trabajo diario, contando con tiempo y recursos para hacerlo y que se les proporcionase a todas las enfermeras una formación específica para acceder fácilmente a la información.

En los grupos de discusión se destacó la necesidad de tener un reconocimiento explícito de la actividad investigadora por parte del hospital, es decir, un reconocimiento de las horas que las enfermeras dedican a investigación incluyéndolas en la jornada laboral, así como la acreditación formal de las sesiones impartidas o de las GPC elaboradas. En hospitales en los que se han creado comisiones para fomentar la investigación, las enfermeras han respondido de forma favorable, participando de forma mayoritaria en las investigaciones impulsadas en las unidades y sintiéndose reconocidas por el hospital en su actividad investigadora contando con el tiempo y los recursos necesarios para desarrollar su actividad investigadora y facilitando desde la organización la asistencia a congresos para compartir los resultados de sus investigaciones (Moore & Singleton, 2010).

Asimismo, se han llevado a cabo investigaciones que demuestran que el incremento de la utilización de evidencias por parte de las enfermeras, está directamente relacionado con el aumento de tiempo entregado por las organizaciones para llevar a cabo investigación así como el apoyo institucional a través de una actitud positiva por parte de los directivos y un aumento de la formación en investigación de las enfermeras (Orellana & Paravic, 2007; Sitzia, 2002). Por lo tanto, para que la PBE se aplique de forma real en las organizaciones hospitalarias es necesario que se establezca como una prioridad institucional explícita (Solomons & Spross, 2011). En España, la organización debería cambiar su estrategia, reconociendo la actividad investigadora desarrollada por las enfermeras y programando dentro de su actividad diaria un espacio de tiempo destinado a ello (Tirado, 2007).

Otra de las barreras mencionadas fue que no todas sienten la necesidad de investigar, lo que según el grupo de coordinadoras, puede deberse a una falta de cultura investigadora. Son muchos los estudios que destacan que la actitud de la enfermera y su disposición e implicación a la hora de llevar a cabo una investigación son primordiales para el éxito de la misma (Estabrooks, Floyd, Scott, O'Leary, & Gushta, 2003; Moreno, Fuentelsaz, de Miguel, González, & Clarke, 2011). Sin embargo, aunque está claro que no todas las enfermeras tienen que investigar, sí que deberían estar dispuestas a aplicar los resultados de las investigaciones y a participar en la medida de sus posibilidades. Diversos estudios apuntan que uno de los factores principales para que las enfermeras apliquen los resultados de las investigaciones cambiando rutinas habituales de trabajo, está en la colaboración del personal de base tanto en la elaboración como en la implantación, ya que si no se perciben las nuevas

prácticas como útiles y aplicables difícilmente servirán de algo los protocolos o las GPC (Calfjord & Festin, 2014; Goldman, Meuser, Lawrie, Rogers & Reeves, 2010).

En este sentido, Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., y Wallin, L. (2011) concluyeron en una revisión sistemática sobre los estudios relacionados con el tema que la actitud de las enfermeras hacia la investigación representa una de las características individuales que se relaciona de manera positiva con el uso de investigación en la práctica diaria, siendo importantes también la realización de sesiones clínicas en el puesto de trabajo, tener una titulación superior, la existencia de una carrera profesional, una especialidad clínica y la satisfacción en el entorno laboral. Tal y como se ha señalado en la introducción, en España no existe una carrera profesional realmente incentivadora y las enfermeras de atención hospitalaria no suelen contar con espacios formales en los que llevar a cabo sesiones docentes.

Por otra parte los grupos de enfermeras destacaron la dificultad de acceso a las fuentes de información que puede deberse, en cierta medida, a una falta de conocimientos metodológicos a la hora de realizar una búsqueda bibliográfica, establecer un plan de investigación o hacer un consumo crítico evaluando la calidad de la evidencia científica encontrada (T. Moreno et al., 2010).

Por lo que se refiere a elementos facilitadores para investigar las participantes consideraron que lo más importante era el hecho de estar motivado y sensibilizado al respecto o sentirse realmente implicado en la investigación colaborando de manera activa tanto en la elaboración como en la recogida de datos. Así, cuando la enfermera se siente implicada en la investigación porque participa de manera activa en ella y trata sobre un tema que le afecta a su trabajo diario mejoran, tanto la evidencia científica que se obtiene, como la calidad de los cuidados proporcionados al paciente

(Beyea & Slattery, 2013; Houlston, 2012). En los grupos realizados se manifestaron aspectos sobre su práctica diaria sobre los cuales los participantes estarían interesados en investigar, denotando, de esta manera, su interés hacia la investigación. Por tanto, los esfuerzos de los investigadores deberían ir encaminados a aumentar la participación de las enfermeras asistenciales en la investigación puesto que esto redundaría en una mejor calidad de los resultados (VanGeest & Johnson, 2011).

Asimismo, los motivos que las profesionales implicadas en el estudio manifestaban que las impulsaban a investigar fueron la necesidad de realizar un reciclaje continuo favorecido por la realización de investigación que les podría permitir conocer y elaborar nueva evidencia científica, así como la necesidad de preguntarse a diario sobre su práctica clínica. Según los grupos realizados, con la intención de mantener un reciclaje continuo, la investigación debería llevarse a cabo entre enfermeras asistenciales en equipo con enfermeras especializadas en investigación ya que así podría atenderse siempre a los problemas surgidos de la propia práctica enfermera y esto las motivaría mucho más a participar en la investigación. Para realizar unos cuidados de calidad es necesario que la evidencia científica se implante en los hospitales y la realización de investigación en el propio hospital sería uno de los elementos que facilitaría esta implantación y ayudaría a la toma de decisiones, siempre y cuando se llevase a cabo mediante una colaboración entre enfermeras asistenciales e investigadoras con la intención de mejorar la obtención de datos así como el análisis crítico y la síntesis de los principales conceptos de la mejor evidencia científica disponible (B. B. Brewer, Brewer, & Schultz, 2009; Munten, van den Bogaard, Cox, Garretsen, & Bongers, 2010).

Por otra parte, si se diera una participación real y conjunta entre investigadores -obviamente reconocidos como tales por el sistema sanitario- y enfermeras asistenciales podría solucionarse el actual problema existente entre las temáticas que se investigan y la evidencia científica que realmente se necesita en la práctica diaria, de manera que la evidencia sería mucho más aplicable para las enfermeras asistenciales ya que contarían con conocimientos científicos relevantes para su aplicación (Estabrooks, Chong, Brigidear, & Profetto, 2005; Hart et al., 2008; Oranta, Routasalo, & Hupli, 2002). Por último, en referencia a este tema, es importante resaltar que si los investigadores quieren fomentar el uso de la evidencia entre las enfermeras deben esclarecer primero cuales son los factores que facilitan realmente su implementación (Thompson, Estabrooks, Scott-Findlay, Moore, & Wallin, 2007). Según los resultados obtenidos en esta tesis, las enfermeras opinan que una cierta implicación en la investigación podría crear un clima participativo que facilitara la PBE.

En cuanto a las relaciones interprofesionales y su influencia en la PBE, las enfermeras hablaron exclusivamente sobre la relación con los médicos. Se remarcó que los médicos, en ciertas ocasiones, podían suponer una ayuda para la PBE pero en otras podían ser un elemento dificultador. Finalmente, se llegó al consenso de que, siempre y cuando no afectase a sus rutinas, los médicos no solían dificultar la inclusión de nueva evidencia en la práctica clínica o la realización de investigación por parte de las enfermeras.

Históricamente, ha existido un rol de dominación profesional de los médicos hacia las enfermeras que, a día de hoy, aún puede observarse (Gordon & Nelson, 2005). Numerosas historiadoras destacan que en momentos anteriores a la

industrialización e institucionalización hospitalaria de la asistencia llevada a cabo a principios del siglo XX, las mujeres sanadoras (predecesoras de las enfermeras como tales) constituían una fuerza curativa esencial en el mantenimiento de la salud de la comunidad, actuando de forma autónoma en la comunidad y los domicilios de forma que, pese a que estas mujeres en un momento histórico constituyeron un grupo profesional autónomo e incluso contratador de los servicios médicos, hoy se ha convertido en un colectivo sometido debido a la aparición de ciertas corrientes sociales de poder que se institucionalizaron a principios del siglo pasado (Medina, Schubert, Lenise, & Sandin, 2010). En España la formación de las enfermeras entre los años cincuenta y setenta se caracterizó por la dominación de un ideario de vocación religiosa, de sumisión al saber médico y tecnificación, de forma que desde la medicina se establecieron relaciones de subordinación, opresión y fiscalización, algunas de las cuales se siguen reproduciendo en la actualidad (Miró, 2010). Aunque esta relación se encuentra en proceso de cambio, y en los grupos se apuntaron indicios que muestran pequeños cambios positivos en la relación médico - enfermera, algunos médicos no entienden todavía el rol que las enfermeras juegan en el sistema de salud menospreciando tanto su trabajo como sus conocimientos, desoyendo, en muchas ocasiones, sus opiniones sobre los cuidados que deberían proporcionarse al paciente (Gordon, 2005).

Así, las enfermeras de los grupos de discusión hablaron sobre el poco respeto que muestran por la enfermería algunos médicos y el abuso de poder que a veces éstos ejercen. Estos hechos dificultan en ocasiones la comunicación con los médicos para realizar cambios en el tratamiento o los cuidados proporcionados al paciente. Esta falta de entendimiento ha sido estudiada en otras investigaciones en las que las enfermeras ponían de manifiesto la falta de cooperación médico - enfermera en el

momento de llevar a cabo el tratamiento señalándolo como uno de los principales obstáculos para la PBE (Parahoo, 2000). De no establecerse una coordinación entre médicos y enfermeras resulta difícil organizar los cuidados ya que, en la práctica, dependen unos de otros y resulta un estresante laboral para las enfermeras que se ven a sí mismas como incapaces de controlar tanto los cuidados como su ritmo de trabajo al depender de las órdenes médicas (Más, Escribà, & Cárdenas, 1999).

Todos estos hechos provocan en las enfermeras hospitalarias la percepción de una falta de autonomía ya que en los grupos expresaron que en ocasiones se sentían anuladas o condicionadas por los médicos. Como ya se ha señalado, la autonomía en el desarrollo profesional de la enfermería supone la libertad de actuar libremente atendiendo a los mejores intereses del paciente, tomando decisiones independientes en lo referente a la esfera de la práctica enfermera y tomando decisiones interdependientes con otros profesionales de la salud en otras esferas. Es crucial que las enfermeras establezcan buenas relaciones con los médicos para poder llevar a cabo la PBE ya que ésta requiere fundamentalmente que las enfermeras se sientan libres aumentando el sentimiento de responsabilidad hacia su trabajo y mejorándose la calidad de los cuidados al paciente y la autosatisfacción en su trabajo (Kramer & Schmalenberg, 2008b; Parahoo, 2000).

Por otra parte, nuestras participantes opinaron que en muchos casos los médicos son compensados por la realización de una determinada práctica o investigación mientras que a las enfermeras no se les ofrece compensación alguna. En muchas ocasiones, la institución restringe a las enfermeras negándoles la voz en temas relacionados con la elección de tratamientos o con procesos organizacionales hospitalarios que tienen relevancia para el cuidado del paciente, disminuyendo así su

presencia en los órganos de poder del hospital (Gordon, 2005). Este hecho parece relacionado directamente con la imagen social de la enfermera, que también fue debatido ampliamente en los grupos, destacándose el mayor reconocimiento social del que gozan los médicos respecto a las enfermeras ya que éstas, son vistas por la sociedad como *humanidad sin ciencia*, es decir, como aquellos profesionales que se encargan principalmente de cuidar la parte afectiva y sentimental del paciente, mientras que los médicos son vistos como *ciencia sin humanidad*, es decir, como aquellos que manejan el conocimiento científico para los cuidados del paciente sin preocuparse de la parte afectiva o emocional del mismo (Hernández, 2010).

Esta imagen, tanto desde el punto de vista de la sociedad como por parte de las organizaciones, provoca que la enfermera detente un poder muy mermado dentro y fuera de la organización sanitaria. Así, las enfermeras tienen una influencia mínima en el nivel gestor y en las relaciones de poder dentro del equipo de trabajo (Heierle, 2011; Hernández, 2013). Esta imagen podría relacionarse con el hecho de tratarse de una profesión feminizada desde sus inicios, suponiendo una visión socialmente estereotipada por lo ligada que está a conceptos de sumisión, históricamente hablando. Pese a que ciertos estereotipos sobre la feminidad y la enfermería han sido transmitidos y aceptados socialmente como determinado *mundo de vida*, utilizando la terminología de la teoría crítica, los indicios apuntan hacia cambios en estos roles y hacia el empoderamiento de las enfermeras en sus prácticas profesionales estableciendo nuevas formas de trabajo en salud (Lunardi, Peter, & Gastaldo, 2006; Noguera, 1996).

Por lo que respecta a las relaciones con la institución, las participantes remarcaron que existen diferencias entre su punto de vista y el de la institución a la

hora implantar la PBE. Las relaciones con la institución y las organizaciones hospitalarias es uno de los factores más estudiados en la implantación de PBE ya que puede suponer un facilitador o una barrera y, sin ninguna duda, la política organizacional marca la diferencia (De Pedro et al., 2011; J. R. Martínez, 2003; T. Moreno et al., 2010; Sánchez et al., 2013; Sitzia, 2002).

Las enfermeras mencionaron que para la institución, frecuentemente prima el ahorro en los costes económicos a corto plazo. Asimismo se destacó la falta de recursos destinados a la utilización de nueva evidencia científica en la práctica diaria. Estos se traducían principalmente en la falta de espacios o recursos materiales. Teniendo en cuenta que la PBE mejora la calidad de los cuidados y los costes en salud a largo plazo (Melnyk, Fineout, Gallagher, & Kaplan, 2012), las organizaciones hospitalarias deberían apostar por la PBE para reducir sus gastos, ya que al utilizar la mejor evidencia disponible los cuidados proporcionados al paciente resultarían ser los más eficientes y muy probablemente se reduciría su estancia en el hospital. Actualmente se aumenta en muchos casos la tecnificación en el área de la salud por lo que los costes parecen ser cada vez mayores, pese a que en ocasiones el uso de elementos más costosos no garantiza mejores resultados en la calidad de los cuidados a los pacientes (Ochoa, 2005). Por estos motivos es necesaria la realización de un estudio previo de costes ya que la PBE, al seleccionar la mejor tecnología y el abordaje de cuidados de forma argumentada y mejorar la eficiencia del SNS dirigiendo los recursos disponibles hacia aquellas áreas en las que se pueden generar mayores beneficios en términos de salud y bienestar social, puede suponer un gran ahorro monetario con resultados observables sólo a medio o largo plazo y con escasas consecuencias adversas para la población. Es decir, si se invierte en que las enfermeras realicen más educación para la salud a la población y se prima la elección

de técnicas basadas en la evidencia realizando elecciones sobre cuidados y tratamientos argumentados científicamente los costes a largo plazo serán menores (Peiro, Artells, & Meneu, 2011).

El escaso apoyo organizacional y financiero hacia la investigación en enfermería afecta, no únicamente al desarrollo de la PBE, sino que también se refleja en las propias organizaciones y en la calidad de atención que se presta al paciente ya que repercute de manera directa en la dificultad para acceder a las fuentes de información bibliográficas por la ya comentada falta de espacios para la investigación en enfermería (J. R. Martínez, 2003). Cabe tener en cuenta que debido a la crisis económica que sufre España en la actualidad se ha producido una fuerte desinversión en sanidad, con lo que los presupuestos han sido reducidos y, con mucha probabilidad se continuará en esta dirección (Campillo & Bernal, 2012).

Pese a esto, la necesidad de hacer frente a la crisis económica puede suponer una oportunidad para las políticas sanitarias y las organizaciones públicas hospitalarias que pueden invertir en nuevas políticas organizacionales basadas en consejos de administración independientes fundamentados en capacidades y en un proceso público y meritocrático de contratación de directivos de manera que se consiga minimizar los vicios más obvios de la política española basada en demandas tecnológicas y canalizando las inquietudes de los profesionales movilizándolos y motivándolos (Meneu & Ortun, 2011). De esta manera, la política y las organizaciones deberían apostar por la PBE para aumentar la eficiencia del sistema y reducir los costes, utilizando sólo pruebas diagnósticas basadas en evidencia de manera razonada y proporcionando a los pacientes una buena educación para la salud preventiva ya que, tal y como se ha comentado, si se realiza un análisis a fondo de la

situación, la mayor parte del dinero se destina a nueva tecnología que, si se introdujese bajo criterios de eficiencia y sostenibilidad, es decir, de PBE, podría reducir sensiblemente los costes (Campillo & Bernal, 2012).

En los grupos también se habló de un vacío de gestión, es decir, de la falta de figuras a las que remitirse en caso de dudas, sugerencias o quejas sobre el funcionamiento de determinadas áreas. Muchas de las enfermeras expresaron que no tenían claro la estructura organizacional de la que dependían, lo cual denota una falta de comunicación. Por otra parte, en aquellos casos en que se ejerce una PBE, no existe una evaluación continuada de los resultados. Consecuentemente, las enfermeras manifiestan percibir una total indiferencia desde la estructura organizacional ante la aplicación de nueva evidencia, hasta el punto de que, en el grupo de coordinadoras, todas estuvieron de acuerdo en remarcar que en muchos casos los organismos directivos del hospital ni siquiera eran conscientes de la calidad del trabajo que enfermería llevaba a cabo (Sánchez et al., 2013). Para la aplicación de una determinada evidencia es indispensable no sólo que las enfermeras conozcan esa evidencia, sino que existan, por una parte, un proceso, es decir una actuación definida en una GPC, protocolo, etc., determinado institucionalmente para su uso y, por otra parte, que las enfermeras perciban que la institución supervisará que se lleva a cabo ese proceso (Squires et al., 2007).

Asimismo se habló de que ante un problema con enfermería a la hora de aplicar la PBE, se daba una falta de apoyo institucional en el ámbito social y legal. Hay que tener en cuenta que la inclusión de enfermeras en cargos estratégicos dentro de la organización hospitalaria es un hecho escaso y relativamente reciente y, aunque se contempla la formación en cargos directivos en España, al centrarse las

organizaciones en un modelo biomédico de gestión, éstos están generalmente fuera del alcance de enfermería (Artigas, 2011).

Las participantes consideraron que las organizaciones no apoyaban de manera suficiente la realización de formación ya que, desde su punto de vista, no se favorece ni se fomenta el reciclaje continuo de las enfermeras. Uno de los elementos primordiales para la aplicación de la PBE es que las organizaciones ofrezcan cursos de formación en el uso de nuevas tecnologías enfocadas a la búsqueda y generación de nueva evidencia científica. Para poder construir una cultura en la que la investigación sea valorada y la PBE se convierta en una norma para las enfermeras es esencial proporcionarles una formación centrada en la evaluación de la investigación, ya que es uno de los aspectos más deficitarios (Hart et al., 2008). Esto coincide con otros estudios como el de Pravikof, Tanner y Pierce (2005) en el que las enfermeras manifestaron su falta de formación con respecto al uso de recursos electrónicos para la búsqueda de nueva evidencia y expresaron el hecho de que no cuentan con las herramientas necesarias para determinar la calidad de la información. El uso de nuevas tecnologías en el ámbito de la enfermería permitiría mejorar la investigación en enfermería, mejorar la información sobre los pacientes, mejorar la toma de decisiones sobre tratamientos y, en general, facilitar la PBE mejorando, así, la calidad de los cuidados proporcionados al paciente (McBride, Delaney, & Tietze, 2012), así como la continuidad de los tratamientos e incrementar la seguridad del paciente ya que reduce aquellos errores atribuibles al ser humano (Moreland, Gallagher, Bena, Morrison, & Albert, 2012).

En su formación académica de grado, las enfermeras no reciben el mismo énfasis para aprender aquellas cuestiones que no son puramente asistenciales, esto

provoca que tanto a la hora de investigar, como en el momento de presentar los resultados de una investigación o a la hora de evaluarlos, no cuenten con las herramientas necesarias que les permitan llevar a cabo una correcta investigación, utilización y comprensión de la evidencia científica disponible (Lannon, 2007; J. R. Martínez, 2003). Es fundamental para todos los aspectos relativos a la PBE que se fomente el aprendizaje de estas habilidades desde la institución, ofreciendo cursos e incentivando la participación de las enfermeras en este tipo de formación de manera que sean capaces de compartir sus experiencias y mejorar, de esta manera, el trato y el cuidado del paciente (Lannon, 2007).

Otra barrera para la aplicación de la PBE achacada a la institución, es que pueden existir diferencias notables en la aplicación de evidencia entre las distintas unidades dentro de un mismo hospital (Prieto, Suess, & March, 2005). Esta heterogeneidad se da también entre los diferentes hospitales ya que, según las enfermeras, unos se muestran más rígidos que otros a la hora de implantar la PBE. Hospitales con estructuras rígidas que no acepten y se adecuen a nuevos procesos de decisión de gestión compartidos pueden convertirse en un obstáculo para las necesidades tanto del usuario como de los profesionales (Padula, 1998). Según los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario NWI en distintos hospitales de las Islas Baleares, se pueden observar diferencias en las puntuaciones obtenidas en cuanto a la participación de las enfermeras en asuntos de la organización tales como la participación en decisiones que afectan a políticas del centro o modos de desarrollar el trabajo del día a día (De Pedro, 2011). Estas diferencias documentadas nos dan una idea aproximada de las diferencias de gestión entre centros hospitalarios.

Por otra parte se comentó que en muchos casos tanto los protocolos como las GPC estaban obsoletos y la institución no fomentaba su readaptación a la nueva evidencia existente. Como ya se ha señalado previamente, las GPC y los protocolos son un elemento clave para la implantación de la PBE en los hospitales ya que facilitan la toma de decisiones entre los profesionales de la salud disminuyendo la variabilidad en los tratamientos y aumentando la calidad de los cuidados (GPC, 2009), pero si las guías se perciben como elementos desfasados dejan de ser consultados por los profesionales sanitarios (Martin, 2008). El rigor con el que se elaboran las GPC es un elemento decisorio a la hora de su aplicación por lo que, si al evaluar su calidad, ésta no es percibida como aceptable y útil por las enfermeras, lo más probable es que no se utilicen (Morales et al., 2003).

Asimismo, las integrantes de nuestro estudio opinaban que, en ocasiones, la institución obviaba cierta evidencia científica porque la anterior práctica se encontraba ya fuertemente implantada. Hay que tener en cuenta que, con independencia de la realidad de esta afirmación, las GPC y la nueva evidencia deben ser promovidas desde la organización ya que la simple disposición de evidencia científica a través de GPC no implica que éstas se implementen. Parece ser que las acciones formativas específicas son las más recomendadas para favorecer la implantación de las GPC así como la disposición de la institución a la hora de incluirlas en las líneas estratégicas de la organización o la disponibilidad de recursos (Morales et al., 2003). Auditar el proceso de implantación de las GPC, evaluar la efectividad de las mismas y promover una retroalimentación continua para favorecer su actualización, es el aspecto clave que determina la decisión sobre continuar o no con la aplicación de las GPC (Ruzafa Martínez et al., 2011). Teniendo en cuenta la puesta en marcha desde 2006 del proyecto de implementación de GPC promovido

por el SNS en España que pretende incrementar la calidad y utilización de las mismas en los hospitales españoles (GPC, 2009), las organizaciones deberían preocuparse por contar con GPC actualizadas que impulsen la PBE.

Por su parte, las enfermeras con menor trayectoria laboral señalaron que no se implementan planes de acogida para el nuevo personal de la unidad, lo cual dificulta el desarrollo profesional y la calidad de los cuidados proporcionados. Si se elaborasen GPC accesibles y de calidad en cada una de las unidades, las enfermeras noveles sabrían de manera inmediata cuales son las principales evidencias con las que se trabaja en esa unidad u hospital favoreciendo, así, la integración (GPC, 2009).

Otra de las barreras identificada, fue la falta de personal de enfermería, lo que, según ellas, dificulta o empeora la calidad de los cuidados y la realización de investigación o formación dentro de la jornada laboral, convirtiéndose de hecho, en actividades totalmente voluntarias. Existen otras investigaciones que apuntan a la falta de personal como el principal problema que encuentran las enfermeras en su relación con la institución para trabajar con PBE (C. E. Brown et al., 2009; Gea Sánchez, 2010; Pravikoff et al., 2005; Sánchez García et al., 2013; Sitzia, 2002; Solomons & Spross, 2011). Por consiguiente, al no contar con tiempo dentro de la jornada laboral para actualizarse en evidencia, las enfermeras utilizan su tiempo libre sacrificando, en muchos casos, el tiempo dedicado a la familia que, al tratarse de una profesión feminizada, generalmente representa una carga importante (Sánchez et al., 2013). En España, la ratio de enfermeras por habitante con respecto a otros países europeos se encuentra muy por debajo de la media, ya que mientras que la media Europea es de 759 enfermeras por cada 100.000 habitantes, en España la ratio es de 528 enfermeras por cada 100.000 habitantes (CGE, 2013). Este hecho que provoca

que las enfermeras españolas consideren la falta de tiempo como una de las principales barreras para aplicar la PBE, teniendo sus orígenes en la institución al no realizar más contratación (B. González, 2000). Así, una plantilla de profesionales adecuadamente dimensionada y estable con una política de personal que evite contemplar la investigación y la actualización de conocimientos científicos para la PBE como una carga mayor de trabajo y un número de pacientes por enfermera que permita una calidad de los cuidados proporcionados es imprescindible para la implantación y potenciación de la PBE en cualquier organización hospitalaria (J. R. Martínez, 2003).

Según nuestras enfermeras, otro de los elementos que se deberían proporcionar desde la institución es el asesoramiento, tanto en investigación como en aplicación de nueva evidencia científica. Estos resultados sobre la demanda de líderes que asesoren en cuanto a la PBE son muy comunes en otros estudios realizados en diferentes países, tanto en lo que se refiere a los hospitales magnéticos (Parsons & Cornett, 2011) como hospitales que no lo son (Melnyk et al., 2012). La figura de un experto que asesore el trabajo con PBE puede facilitar notablemente el proceso de implantación, ya que puede ayudar a las enfermeras a entender, tanto a nivel individual como grupal, qué es lo que deben cambiar en su práctica y de qué manera deben hacerlo (Squires et al., 2012).

En cuanto a la evaluación de la implementación, en muchos casos las enfermeras consideraron que ésta era inadecuada debido a que se llevaba a cabo a través de indicadores cuantitativos consistentes en seleccionar casillas, basándose en contestar si se han medido ciertos parámetros del paciente como la tensión o la temperatura e indicando los valores obtenidos, datos que no proporcionan

información sobre la calidad real de los cuidados administrados. Para ello, deberían identificarse los indicadores capaces de evaluar como utilizan su tiempo las enfermeras midiendo las técnicas utilizadas e identificando las variables que se encuentran más relacionadas con la dedicación del trabajo en enfermería, incluyendo por supuesto el aspecto humanista y afectivo de su labor (Harper, 2012). En ocasiones los profesionales pueden llegar a rellenar las casillas adecuadas para cumplir los criterios de calidad y, por lo tanto, cobrar los incentivos correspondientes, lo cual supone un enorme riesgo ya que las historias de los usuarios pueden acabar por tener poco que ver con la realidad de los cuidados (Gené, 2007). En muchos casos las enfermeras de los grupos realizados desconocían los indicadores de calidad y la utilidad de los registros que se les solicitaba llevar a cabo. Algunas opinaban que la evaluación debería ser realizada por expertos observadores investigadores, por las propias enfermeras de la unidad o incluso por los pacientes en determinadas unidades, si bien, siempre desde un punto de vista más cualitativo.

Por lo que se refiere a la opinión sobre la función de las coordinadoras, en los grupos realizados se enfatizó que deberían ser las profesionales idóneas para impulsar y supervisar una correcta implementación de la PBE. Esta percepción coincide con otros estudios, como el de Alleyne y Jumaa (2007) en el que se destaca que la realización de investigación y la calidad de los cuidados proporcionados al paciente deben gestionarse de manera adecuada a través de líderes que sepan llevar a cabo sus funciones con la evidencia científica disponible y la creencia en ciertos valores sobre investigación. Una relación positiva entre los líderes, ambientes que apoyen a las enfermeras y el trabajo en equipo, son fuertemente predictores de hospitales con plantillas de trabajo estable, aumento en la calidad de los cuidados, incremento de la satisfacción de las enfermeras con respecto a su trabajo y, en última

instancia, de una mejora de la salud general de la población (Cowden, Cummings, & Profetto-McGrath, 2011). Hay que remarcar que ya en la parte cuantitativa previa del estudio (De Pedro et al., 2011), se resaltó el rol fundamental que ejercen las coordinadoras a la hora de implantar la PBE, aunque el apoyo a la figura de la coordinadora era mayor entre las enfermeras de AP que en el caso de la Atención Hospitalaria.

En el pasado, la función de la coordinadora consistía fundamentalmente en el mando jerárquico y el control de las estructuras y los procesos presentes en las instituciones sanitarias, pero en la actualidad algunos estudios apuntan a la necesidad de un cambio, ya que para la implantación de la PBE se necesitan estructuras organizacionales mucho más flexibles y participativas (Crow, 2006). Por este motivo, en los hospitales magnéticos (Parsons & Cornett, 2011) se ha estudiado un nuevo tipo de liderazgo dentro de la profesión de enfermería que recibe el nombre de *liderazgo de enfermería basado en fortalezas*, donde la función de la coordinadora se basa en ocho principios: trabaja con el conjunto de trabajadores teniendo en cuenta las relaciones existentes entre equipo; reconoce la singularidad del personal, de la coordinadora y la organización; crea un ambiente de trabajo que promueve la salud de las enfermeras y facilita su desarrollo; entiende el significado de la realidad subjetiva de cada una de sus enfermeras y le da un sentido; valora la autodeterminación de sus enfermeras; reconoce que las personas y los ambientes son integrales y que las enfermeras desarrollan mejor sus funciones en un ambiente donde se sienten bien y pueden desarrollar sus fortalezas; y por último, apuesta por el trabajo colaborativo dentro de enfermería y en su relación con otros profesionales de la salud (Gottlieb, Gottlieb, & Shamian, 2012). Como opina Melnyk et al. (2012), para desarrollar una PBE real, es imprescindible un grupo de líderes formados que

construyan una cultura organizacional basada en la PBE, implementando estrategias que animen a las enfermeras a mejorar sus conocimientos y habilidades y promoviendo ambientes de trabajo donde el trabajo con evidencia científica sea una realidad.

Por su parte, el grupo de coordinadoras comentó sus carencias en lo que respecta a la introducción de nueva evidencia en sus unidades, destacando su falta de formación, la multiplicidad de tareas que desempeñan y la poca influencia que creen tener sobre el resto de enfermeras para llevar a cabo la PBE. En un estudio desarrollado por Prieto et al. (2005) con coordinadoras de hospital ya se acusaban problemas similares. En cuanto a la influencia con la que cuentan las coordinadoras para aplicar evidencia, está estudiado que un líder debe construir una fuerte relación individual con sus seguidores en el momento en el que empieza a ejercer su rol para que cada uno sepa lo que se espera de él así como para que la coordinadora sepa cómo puede ayudar a las demás personas a conseguir sus metas (Sherman, 2012b).

Por los motivos anteriormente expuestos, contar con buenos líderes puede ayudar a implantar la PBE ya que son capaces de tomar la decisión que más se ajusta a las condiciones de la situación en la que se encuentran, puesto que al ocupar lugares de mando intermedio conocen tanto la realidad asistencial como las políticas organizacionales que se promueven desde mandos superiores (Wang, Saldana, Brown, & Chamberlain, 2010; Wilkinson, Nutley, & Davies, 2011). Las coordinadoras de enfermería, necesitan, por tanto, fuertes habilidades de liderazgo y formación en estrategias de *coaching* y dirección de equipos (Shirey, 2006) para contribuir a la seguridad del paciente y la calidad de sus cuidados (Sherman, 2012a). Actualmente no existe en nuestro país ningún criterio establecido para la elección de

coordinadoras de enfermería siendo un cargo de confianza asignado directamente desde la dirección de la organización hospitalaria (Hernández, 2013).

En los grupos de discusión las enfermeras destacaron que, desde su punto de vista, resulta más fácil implantar la PBE en unidades con un número de pacientes reducido y una plantilla de enfermeras adecuada. Con esto las enfermeras pretendían destacar que en grupos pequeños de trabajadores es más fácil llegar al acuerdo. Aunque es verdad que en este tipo de unidades resulta más fácil establecer directrices claras respecto a nueva evidencia científica y el liderazgo se ejerce desde canales directos que aseguran la unificación del tratamiento March et al. (2010), en un estudio realizado en equipos de AP y atención hospitalaria, señala que el clima laboral empeora en grupos de menos de ocho individuos y la percepción de autonomía de la propia enfermera también se resiente. Por ese motivo se recomienda que el tamaño apropiado de enfermeras en la plantilla oscile entre ocho y doce personas, ya que parece ser que esto permite aplicar de manera eficiente nueva evidencia sin que el clima emocional y laboral empeore.

En lo que se refiere a la percepción de la profesión, muchas de las enfermeras expresaban un sentimiento de frustración así como de cansancio hacia la profesión, ya que sabían que la buena praxis no sería compensada de ninguna forma, no se sentían respaldadas para introducir nueva evidencia científica en sus unidades o para realizar investigación y las más jóvenes se quejaban de que debido a su situación laboral, principalmente con contratos de corta duración y alta rotación entre unidades, no se sentían capaces de aplicar la nueva evidencia científica. Todas estas expresiones de cansancio y frustración se relacionan de manera directa con el fenómeno del *burnout* ya expuesto en la introducción de la presente tesis y definido

como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas (Arias et al., 2008).

Un buen manejo de los recursos humanos así como impulsar desde las organizaciones hospitalarias políticas de reconocimiento y contar con líderes con buenas dotes de mando son elementos que pueden reducir los efectos negativos del mal ambiente laboral entre las enfermeras (Bartram, Casimir, Djurkovic, Leggat, & Stanton, 2012). En el caso de España y en el contexto laboral hospitalario, las enfermeras se enfrentan a factores de riesgo psicosociales, ya que sienten que no pueden progresar en su profesión, se encuentran con un exceso de volumen de trabajo y piensan que no pueden tomar decisiones de manera autónoma (Carrión, López, & Alpuente, 2010). Estos hechos pueden provocar el deterioro del rendimiento laboral y la calidad de la atención prestada a la población así como el abandono de la profesión por parte de las enfermeras (Bartram et al., 2012).

En Europa, el abandono de la profesión se produce principalmente entre las enfermeras mayores de 45 años y se ha detectado que puede ser debido a la falta de formación y falta de motivación así como a la poca confianza que sienten en sus capacidades de aprendizaje y en su actualización en nueva evidencia científica (Camerino et al., 2008). Debido a la falta de oportunidades que desde las organizaciones les presentan para suplir estas carencias muchas de las enfermeras se desmotivan y aparece el síndrome del *burnout* que, junto con la baja satisfacción laboral, las pocas posibilidades de desarrollo profesional en el puesto de trabajo, el estrés en el trabajo y el conflicto de conciliación laboral y familiar representan las principales motivaciones que, finalmente, pueden producir el abandono de la

profesión sin llegar a la edad de jubilación (Derycke et al., 2012; Flinkman, Leino, & Salantera, 2010). En el caso de España, el desgaste profesional y la conciliación familiar son los principales motivos de abandono profesional. En muchos casos las enfermeras dejan de manera temporal su trabajo por razones de maternidad y luego vuelven, tras unos años, a su puesto laboral. Esto entraña un gran riesgo tanto por las dificultades de conciliación familiar con las que se encuentran al volver a su puesto de trabajo como por la pérdida de actualización sufrida durante los años de abandono laboral (Girbau et al., 2012). Las organizaciones y las coordinadoras, que tienen también una fuerte influencia sobre el ambiente laboral de la unidad, deberían fomentar de manera activa la actualización continuada entre las enfermeras más antiguas de forma que se sintiesen más motivadas así como atender las necesidades de conciliación laboral y familiar de las enfermeras más jóvenes facilitando estrategias que permitan armonizar ambos ámbitos (C. S. Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Shuser, & Djukic, 2012; Camerino et al., 2008; Cowden et al., 2011; Girbau et al., 2012).

Respecto a la situación laboral que manifestaban las enfermeras más jóvenes, I. Casanovas et al. (2004) analizaron los tipos de contratos entre enfermeras recién diplomadas de la Escuela Universitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Durante los siete primeros meses un gran número de los contratos consistía en días sueltos en el mismo centro y otra gran proporción se refería a contratos de entre uno y tres meses coincidentes con el período vacacional. Al realizar un análisis de los firmados durante el período de cuatro años posterior a la diplomatura, se observaron contratos principalmente en hospitales pero con una marcada hiperrotación entre los servicios más relacionada con políticas de corte

economicista que con la demanda de cuidados en enfermería (I. Casanovas et al., 2006).

La mayoría de enfermeras recién diplomadas o graduadas que trabajan en hospital lo hacen por un período máximo de siete meses y sólo una cuarta parte desarrolla su profesión en una sola especialidad o servicio (I. Casanovas et al., 2004), de modo que se les exige una polivalencia dispersiva que, sin ninguna duda, dificulta enormemente la aplicación de PBE concreta en el ámbito donde se encuentran por un período muy reducido de tiempo. Forsman, Rudman, Gustavsson, Ehrenberg y Wallin (2012) investigaron en Suecia los factores por los que las enfermeras con menos de dos años de experiencia no implementaban la PBE, como parte del proyecto nacional *Longitudinal Analysis of Nursing Education*, concluyendo que durante los dos primeros años las enfermeras noveles parecen mimetizarse con el ambiente laboral y no usan la investigación pero, tras esos dos primeros años de adaptación, al evaluar de nuevo su práctica enfermera transcurridos cinco años de su graduación, las enfermeras vuelven a retomar el uso de la investigación (Wallin, Gustavsson, Ehrenberg, & Rudman, 2012), aumentando el uso de la PBE debido en gran parte a la mejora de las condiciones en su contexto laboral así como a la aplicación de los conocimientos adquiridos durante sus estudios (Rudman, Gustavsson, Ehrenberg, Bostrom, & Wallin, 2012).

Por tanto, aunque entre los recién titulados en enfermería hasta ahora se ha producido una inserción precoz en el mercado laboral, ya que la mayoría obtenían un trabajo durante los siete primeros meses tras la finalización de sus estudios, su situación laboral es precaria e inestable. Hay que señalar que debido a la disminución de la oferta laboral de enfermería en España esta incorporación precoz al mercado

laboral está cambiando de tendencia (Esteve, 2007). Según un informe del diario *El País* publicado en el año 2012, en el caso español, muchas enfermeras y médicos noveles están optando por irse a trabajar a otros países huyendo de la precariedad laboral en España y duplicando las cifras de emigrantes profesionales sanitarios en los últimos años (Sevillano & Sahuquillo, 2012). Aún así, en el entorno Europeo actual y debido a la crisis económica en muchos casos, pese a que las enfermeras no se sienten bien en su trabajo y se encuentran en situaciones laborales precarias, continúan en él por miedo a no poder encontrar otro, con la lógica consecuencia de que los cuidados que proporcionan son peores si se comparan con enfermeras que se encuentran satisfechas en su entorno laboral (Carter & Tourangeau, 2012). Por lo tanto, las organizaciones deberían centrarse en desarrollar estrategias para aumentar la satisfacción laboral de sus enfermeras en el trabajo fomentando, a su vez, el trabajo con PBE (Derycke et al., 2012).

Por último, las enfermeras participantes en los grupos de discusión guardaban esperanzas de que la PBE mejorase debido a la nueva formación de Grado en enfermería. Ya son muchos los programas educativos que se han puesto en marcha en diferentes países con la intención de obtener una mejor formación para las enfermeras y para que éstas trabajen bajo los criterios de la PBE. En Estados Unidos se está llevando a cabo un programa llamado *Calidad y Seguridad Educacional para las Enfermeras* que se basa en seis competencias básicas: 1) Cuidados centrados en el paciente, es decir, reconocer al paciente y a sus acompañantes y proveer unos cuidados compasivos y coordinados respetando las preferencias, valores y necesidades del paciente; 2) Trabajo en equipo llevando a cabo una colaboración efectiva entre enfermeras y equipos interprofesionales, una comunicación abierta basada en el respeto mutuo y la toma de decisiones compartida para conseguir la

calidad deseada en los cuidados al paciente; 3) Realizar PBE integrando la mejor evidencia disponible con la experiencia clínica y las preferencias y valores del paciente para tomar buenas decisiones con respecto a los cuidados; 4) Incrementar la calidad a través de la utilización de datos y la monitorización de los resultados del proceso de cuidados, mejorando de forma continua los métodos de evaluación de calidad y seguridad en los sistemas de salud; 5) Garantizar la seguridad, minimizando los riesgos y los daños a los pacientes y a sus proveedores a través de sistemas de efectividad y finalmente, 6) Fomentar el uso de la informática para aumentar la utilización de la información y la tecnología de la comunicación, manejar el conocimiento, mitigar los errores y apoyar la toma de decisiones (Cronenwett et al., 2009). Según los estudiantes de enfermería que han cursado este programa de formación, la competencia que opinan que les resulta más útil es la relacionada con los recursos informáticos aplicados a la profesión, ya que mejora notablemente el uso de la PBE (E. L. Smith, Cronenwett, & Sherwood, 2007).

Otro de los modelos de estudio implementados en Estados Unidos durante los últimos años es el modelo TREAD que trata de acercar la PBE a los estudiantes de enfermería de forma práctica enseñando como realizar preguntas concretas sobre su práctica diaria y proporcionando, a su vez, estrategias de búsqueda de evidencia científica que les permitan obtener las respuestas adecuadas. Una vez obtenidas las respuestas los estudiantes deben llevar a cabo un simulacro de implementación de la evidencia obtenida (Kravovich, Haber, Yost, & Jacobs, 2009).

En el Reino Unido se ha llevado a cabo un programa con el nombre de *Lo Esencial de la Educación de Bachillerato para la Práctica Profesional de la Enfermería* que consiste en analizar problemas reales con los que los estudiantes de

enfermería se encontrarán en su práctica diaria y abordarlos de manera conjunta para encontrar la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones sobre los cuidados que se les proporcionaría a los pacientes (Odell & Barta, 2011).

En España, se produjo un desajuste entre la formación y la práctica clínica en lo que a enfermería se refiere. Mientras que a partir de los años 80 la tendencia en la práctica clínica fue hacia la superespecialización, en el ámbito formativo se continuó con una visión que trataba de abarcar todos los aspectos temáticos relacionados con la profesión (B. González, 2000). Con la intención de solucionar este problema en el año 2005 se aprobaron oficialmente a través de la publicación en el BOE las especialidades de enfermería, que no tuvieron las repercusiones esperadas ya que sólo se implantaron dos, matrona y salud mental, y agravaron rigideces y restricciones puesto que no se desarrollaron plenamente y resultaron ineficientes como consecuencia de su mala o nula implantación (B. González & Barber, 2006).

Con la intención de integrar los estudios de enfermería españoles en el Espacio Europeo de Educación Superior, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación desarrolló durante el año 2004 el Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería donde se pretende instaurar una estructura de aprendizaje con una orientación más profesional, definiendo el perfil y las competencias que las enfermeras deben llevar a cabo (Comisión de Evaluación del diseño del Título de Grado de Enfermería [ANECA], 2004). La implantación oficial de los estudios de grado en enfermería en la Universidad de las Islas Baleares se inició en el curso 2009/2010 (Universitat de les Illes Balears [UIB], 2013). De forma paralela se ha establecido también una nueva regulación de los estudios de Posgrado introduciendo el título de Master de manera que la enfermería pueda desarrollar una formación

completa apostando por la especialización profesional (M. L. Martínez, 2007). El hecho de contar con una vía para continuar la formación académica en el propio ámbito de enfermería supone un gran avance ya que, hasta el momento de implantación del grado, no se contaba en España con una formación que permitiese a los diplomados alcanzar el título de doctor sin tener que estudiar otra carrera. Así, esta reforma puede suponer una gran oportunidad para aumentar la investigación en enfermería, las competencias de las enfermeras en éste ámbito al contar con más horas de formación y aplicar, de esta manera, la PBE (Lora, 2008). Asimismo, esta reforma podría suponer una respuesta a la complejidad actual de los servicios de salud ya que las enfermeras podrán adquirir una mayor capacidad para manejar informaciones más complejas, utilizar nuevas tecnologías, evaluar las intervenciones de cuidado y ayudar a los pacientes en las diferentes situaciones de salud (M. L. Martínez, 2007).

Pese a que la nueva reforma educativa en enfermería en España resulta alentadora y es muy favorable que las enfermeras tengan sus esperanzas puestas en el hecho de que con las nuevas generaciones se implementará la PBE de forma completa, el problema es que las expectativas creadas durante los estudios sobre la profesión de enfermería en las nuevas generaciones pueden verse truncadas al encontrarse con todos los problemas comentados anteriormente (precariedad laboral, malos ambientes de trabajo, poca colaboración interdisciplinar, etcétera) de forma que pese a tener los valores y las herramientas necesarias para implementar la PBE sus expectativas se vean frustradas (Bartram et al., 2012; Carter & Tourangeau, 2012; Maben, Latter, & Clark, 2007). Así, no es sólo necesario formar a las enfermeras y confiar en que esta formación generará que se trabaje con PBE sino que también

deben cambiar otros aspectos del entorno laboral sanitario, tal y como se ha comentado, para que este cambio se produzca.

Tras todos los resultados expuestos podrían llevarse a cabo estrategias concretas para fomentar la implantación de la PBE en los hospitales de Mallorca. La principal clave para ello es la implicación activa por parte de las organizaciones. Éstas deberían fomentar la formación en estrategias de liderazgo de las coordinadoras, apostando por ellas como líderes de evidencia dentro de las unidades. Por otra parte, las organizaciones deberían contemplar la función investigadora de las enfermeras como parte del trabajo de enfermería, facilitando los recursos para poder llevar a cabo dentro del horario laboral tanto la formación en investigación de las enfermeras como la elaboración o adaptación de GPC dentro de las unidades.

De esta manera, se pone de manifiesto la necesidad del apoyo de las organizaciones para la implantación de la PBE, así como la formación de líderes y el aumento de la formación de las enfermeras en investigación.

Capítulo 5 - Conclusiones

1. Pese a que las enfermeras de atención hospitalaria presentan una actitud favorable hacia la implementación de una PBE en sus centros hospitalarios, identifican muchos factores que actúan como barreras a la hora de llevarla a cabo.
2. Las enfermeras no entienden muchos de los conceptos asociados a la EBE ni de los elementos que la componen.
3. En cuanto a la manera de obtener y compartir la evidencia científica, las principales fuentes de información son los compañeros (a través del uso de vías de comunicación informales), internet o las GPC o protocolos.
4. Las enfermeras piensan que el trabajar con PBE incrementa su autonomía profesional, fomenta la unificación en cuanto a los criterios de actuación y aumenta la seguridad del paciente. Pese a todo, perciben que el ambiente hospitalario presenta estructuras de poder fuertemente jerarquizadas que coaccionan dicha autonomía.
5. Los marcos legales en referencia a la actuación de las enfermeras y al uso de la PBE deberían estar mejor definidos.
6. Los factores individuales y personales que consideran favorecedores para la aplicación de la PBE son: el grado de experiencia laboral del profesional en la unidad, la existencia de un equipo multidisciplinar respetuoso y coordinado, el buen ambiente laboral y trabajar en una unidad pequeña.
7. Los factores individuales y personales que según las enfermeras dificultan la PBE son: la resistencia al cambio, la necesidad de adaptar la evidencia al contexto

concreto de actuación, la confusión entre experiencia profesional y PBE, la falta de motivación y la falta de formación.

8. El papel de la coordinadora es clave para la consecución de un buen ambiente laboral y para el fomento de la motivación hacia el desarrollo de una PBE. Por tanto, las organizaciones hospitalarias deberían invertir en la selección y formación de sus coordinadoras en temas de evidencia ya que parece que el éxito de la implantación depende de ellas en gran medida.
9. Los factores más favorecedores de la participación en la investigación son contar con líderes que la impulsen y el hecho de estar motivados e implicados en ella.
10. Los mayores obstáculos para participar en investigación son: la falta de tiempo dentro de la jornada laboral, la falta de reconocimiento explícito por parte de la organización y la falta de cultura investigadora.
11. Atendiendo a la crisis económica actual y la poca disposición a invertir en la contratación de nuevo personal de enfermería, deberían explorarse los beneficios que una correcta implementación de una PBE podrían proporcionar a medio y largo plazo.
12. Siguen existiendo relaciones de dominación médico-enfermera que se concretan en el poco respeto hacia la PBE en enfermería.
13. Existe un sentimiento de poco respaldo institucional y reconocimiento social de la labor de enfermería en comparación con la de los médicos.
14. La organización, los médicos y las enfermeras deberían favorecer espacios de cooperación en los que se pudiese debatir sobre la mejor evidencia disponible

para tratar a cada paciente, teniendo en cuenta todos los factores que afectan al paciente y todos los elementos que pueden contribuir a la mejora de los cuidados proporcionados.

15. En cuanto a los factores institucionales que según las enfermeras favorecen la implementación de la PBE, se habló de participación en la elaboración y actualización de protocolos y GPC, implicación en la investigación, el apoyo organizacional de la PBE y la contratación de un número de enfermeras adecuado para la unidad.
16. Los factores institucionales obstaculizadores de la PBE son, principalmente, la consideración de los costes económicos en detrimento de la calidad de los cuidados y un escaso apoyo organizacional. Pese a que las enfermeras depositan su esperanza en las nuevas generaciones, si previamente no cambian las mencionadas condiciones, será imposible que las enfermeras noveles puedan aplicar la PBE.
17. La percepción que las enfermeras de atención hospitalaria tienen con respecto a la profesión de enfermería es muy desalentadora ya que los sentimientos que describen de frustración y cansancio apuntan directamente a elementos relacionados con el *burnout* y, a la larga, el abandono de la profesión.
18. En la actualidad, la PBE resulta un elemento que puede suponer una mejora sustancial y un factor de primera magnitud en la sostenibilidad del sistema sanitario. Las organizaciones sanitarias, sobre todo las de ámbito público, deberían favorecer su implementación ya que, a medio y largo plazo, podría reportar grandes beneficios para el sistema sanitario y el conjunto de la población.

Capítulo 6 - Bibliografía

- Adib-Hajbaghery, M. (2009). Evidence-Based Practice: Iranian Nurses' Perceptions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(2), 93-101. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00149.x
- Alonso, P., Ezquerro, O., Fargues, I., García, J. M., Marzo, M., Navarra, M., . . . Urrutia, G. (2004). *Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados*. Madrid, España: Difusión Avances de Enfermería
- Alleyne, J. O., & Jumaa, M. O. (2007). Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management*, 15(2), 230-243. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00750.x
- Arias, F., Barboza, M., Blanco, J., Fajardo, E., Rivera, R., Rodriguez, S., . . . Lépiz, R. (2008). Síndrome del desgaste profesional o de burnout en el personal de enfermería. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 13, 18.
- Artigas, M. (2011). Pérdida de poder de las direcciones de enfermería de los hospitales. *Enfermería Clínica*, 21(03), 127-128.
- Bartram, T., Casimir, G., Djurkovic, N., Leggat, S. G., & Stanton, P. (2012). Do perceived high performance work systems influence the relationship between emotional labour, burnout and intention to leave? A study of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1567-1578. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05968.x
- Beyea, S. C., & Slattery, M. J. (2013). Historical perspectives on evidence-based nursing. *Nursing Science Quarterly*, 26(2), 152-155. doi: 10.1177/0894318413477140

- Bonner, A., & Sando, J. (2008). Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 334-343. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00808.x
- Bostrom, A. M., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P., & Wallin, L. (2009). Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), 1159-1163. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01316.x
- Bradbury, C., & Herber, O. R. (2011). Creativity in nursing research: five thinking hats? *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 143-144. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.010
- Brewer, B. B., Brewer, M. A., & Schultz, A. A. (2009). A collaborative approach to building the capacity for research and evidence-based practice in community hospitals. *Nursing Clinics of North America*, 44(1), 11-25, ix. doi: 10.1016/j.cnur.2008.10.003
- Brewer, C. S., Kovner, C. T., Greene, W., Tukov, M., & Djukic, M. (2012). Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 521-538. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05753.x
- Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 371-381. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04878.x
- Brown, J. B. (1999). The Use of Focus Groups in Clinical Research. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research* (pp. 109 - 124). California, Estados Unidos: Sage Publications.

- Carlfjord, S., & Festin, K. (2014). Primary health care staff's opinions about changing routines in practice: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 15(02). Doi: 10.1186/1471-2296-15-2.
- Camerino, D., Conway, P. M., Van der Heijden, B. I., Estryn, M., Costa, G., & Hasselhorn, H. M. (2008). Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the job, and actual leaving among Italian nurses: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1645-1659. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.002
- Campillo, C., & Bernal, E. (2012). Desinversión y eficiencia en sanidad, aún sin brotes verdes. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(03), 127-129.
- Carrión, M. Á., López, F., & Alpuente, L. (2010). Estudio cualitativo sobre factores psicosociales de riesgo en profesionales de enfermería (Catalunya - España). *Waxapa*, 1(3), 27-34.
- Carter, M. R., & Tourangeau, A. E. (2012). Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1589-1600. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x
- Casanovas, I., Escuredo, B., & Esteve, J. (2004). Situación laboral de los recién graduados en una escuela universitaria de enfermería. *Enfermería Clínica*, 14(3), 157-166.
- Casanovas, I., Escuredo, B., Esteve, J., Abades, M., Guillaumet, M., & Mitjans, J. (2006). Trayectoria laboral de las enfermeras de una escuela durante los 4 años siguientes a la graduación: 2000-2004. *Enfermería Clínica*, 16(05), 238-243.

- Consejo General de Enfermería. (2013). *Informe sobre Recursos Humanos Sanitarios en España y la Unión Europea*. España: Consejo General de Enfermería
- Consejo Internacional de Enfermería. (2012). *Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Ginebra, Suiza: CIE.
- Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10, 12-34.
- Cowden, T., Cummings, G., & Profetto-McGrath, J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 461-477. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01209.x
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Pohl, J., Barnsteiner, J., Moore, S., Sullivan, D. T., . . . Warren, J. (2009). Quality and safety education for advanced nursing practice. *Nursing Outlook*, 57(6), 338-348. doi: 10.1016/j.outlook.2009.07.009
- Crow, G. (2006). Diffusion of innovation: the leaders' role in creating the organizational context for evidence-based practice. *Nursing Administration Quarterly*, 30(3), 236-242.
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. M., & Nortvedt, M. W. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*, 12, 367. doi: 10.1186/1472-6963-12-367
- De la Cuesta, C. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Medellín*, XV(2), 12.
- De Pedro, J. (2011). *Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y Atención Primaria*. (Tesis Doctoral). Disponible en la Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca.

- De Pedro, J., Morales, J. M., Sesé, A., Bennasar, M., Artigues, G., & Perello, C. (2011). Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 191-197. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.11.007
- De Pedro, J., Morales, J. M., Sesé, A., Bennasar, M., Artigues, G., & Pericàs, J. (2009a). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enfermería*, 12(7), 10.
- De Pedro, J., Morales, J. M., Sesé, A., Bennasar, M., Ruiz, M. J., & Muñoz, F. (2009b). Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 577-586.
- Delaney, C., Apostolidis, B., Lachapelle, L., & Fortinsky, R. (2011). Home care nurses' knowledge of evidence-based education topics for management of heart failure. *Heart Lung*, 40(4), 285-292. doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.12.005
- Derycke, H., Clays, E., Vlerick, P., D'Hoore, W., Hasselhorn, H. M., & Braeckman, L. (2012). Perceived work ability and turnover intentions: a prospective study among Belgian healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1556-1566. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05961.x
- Díaz, V., Álvaro, M., Campo, E., Saavedra, F., & Cabrera, M. D. (2007). El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria. *Nure Investigación*, 28(Mayo-Junio), 18.
- Comisión de Evaluación del diseño del Título de Grado de Enfermería (2004). *Libro Blanco: Título de grado de enfermería*. Zaragoza: Agencia nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación

- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K., & Profetto, J. (2005). Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(2), 118-140.
- Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506-520.
- Esteve, J. (2007). Demanda universitaria y escasez de enfermeras. *Nursing*, 25(06), 59-61.
- Farías, L., & Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *International journal of Qualitative Methods*, 4(1), 1-14.
- Fernández, J., & Richard, M. (2010). Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enfermería Clínica*, 20(02), 114-118.
- Fernández, J., & Richard, M. (2012). Variabilidad de la práctica clínica en enfermería, una revisión integradora. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 809-816.
- Festinger, L. (1975). *Teoría de la disonancia cognoscitiva*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Flink, M., Ohlen, G., Hansagi, H., Barach, P., & Olsson, M. (2012). Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care--a qualitative study of patient perspectives. *BMJ Quality and Safety*, 21 Supl 1, 76-83. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001179
- Flinkman, M., Leino-Kilpli, H., & Salanterä, S. (2010). Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1422-1434. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05322.x

- Flodgren, G., Rojas, M. X., Cole, N., & Foxcroft, D. R. (2012). Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2, CD002212. doi: 10.1002/14651858.CD002212.pub2
- Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., & Wallin, L. (2012). Nurses' research utilization two years after graduation--a national survey of associated individual, organizational, and educational factors. *Implementation Science*, 7, 46. doi: 10.1186/1748-5908-7-46
- Foxcroft, D. R., & Cole, N. (2003). Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice. *Cochrane Database of Systematic Review*(4), CD002212. doi: 10.1002/14651858.cd002212
- Gabbay, J., & Le May, A. (2004). Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *British Medical Journal*, 329(7473), 1013-18. doi: 10.1136/bmj.329.7473.1013
- Galao, R. (2009). Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería*, 18(4), 221-223.
- Gálvez Toro, A. (2000). Aproximación a la Evidencia Científica. definición, Fundamentos, Orígenes e Historia. *Index de Enfermería*, 30, 36-40.
- Gálvez, A. (2003). Evidencias, pruebas científicas y enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. *Enfermería Global: Revista electrónica semestral de enfermería*, 3, 13.
- Galvin, K. T., & Todres, L. (2011). Research based empathic knowledge for nursing: a translational strategy for disseminating phenomenological research findings

- to provide evidence for caring practice. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 522-530. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.009
- García, F. P. (2012). La investigación en Enfermería: ¿una realidad invisible? *Enfermería Clínica*, 22(6), 283-285. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.11.003
- Gea Sánchez, M. (2010). Conocimiento, actitudes y barreras percibidas por las enfermeras para integrar evidencia científica en la práctica clínica en un hospital universitario *Enfermería Clínica*, 20(5), 313-314. doi: 10.1016/j.enfcli.2010.07.002
- Gené, J. (2007). Basta de «clicar» casillas. *Atención Primaria*, 39(04), 169-170.
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., & Bailey, J. (2008). Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 62-73. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04579.x
- Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A., & Nolan, M. (2011). Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: findings from a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1079-1090. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05560.x
- Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M., & Tod, A. (2011). The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 2004-2014. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05642.x
- Gerrish, K., Nolan, M., McDonnell, A., Tod, A., Kirshbaum, M., & Guillaume, L. (2012). Factors influencing advanced practice nurses' ability to promote

- evidence-based practice among frontline nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(1), 30-39. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00230.x
- Girbau, M. R., Galimany, J., & Garrido, E. (2012). Desgaste profesional, estrés y abandono de la profesión en enfermería. *Nursing*, 30(01), 58-61.
- Goldman, J., Meuser, J., Lawrie, L., Rogers, J., & Reeves, S. (2010). Interprofessional primary care protocols: A strategy to promote and evidence-based approach to teamwork and the delivery of care. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 653-665. doi 10.3109/13561820903550697
- Gómez, A. (2002). La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(3), 11 - 26.
- González, B. (2000). Formación y Empleo de Profesionales Sanitarios en España. Un Análisis de Desequilibrios *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 237 - 246. doi: 10.1016/S0213-9111(00)71459-2
- González, B., & Barber, P. (2006). Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl 1), 103 - 109.
- González, S., Pericàs, J., Bennasar, M., Adrover, R., Morales, J. M., & De Pedro, J. (2012). Perception of evidence-based practice and the professional environment of primary health care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 227. doi: 10.1186/1472-6963-12-227
- Gordon, S. (2005). *Nursing against the Odds: How Health Care Cost Cutting, Media Stereotypes, and Medical Hubris Undermine Nurses and Patient Care*. United States of America: Cornell University Press.

- Gordon, S., & Buresh, B. (2006). *From Silence to voice: What nurses know and must communicate to the public*. United States of America: Cornell University Press.
- Gordon, S., & Nelson, S. (2005). An end to angels. *The American Journal of Nursing*, 105(5), 62-69.
- Gottlieb, L. N., Gottlieb, B., & Shamian, J. (2012). Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: a new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century. *Nursing Leadership (Toronto Ont.)*, 25(2), 38-50.
- Grupo de trabajo sobre implementación de GPC (2009). *Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. Aragón, España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In Denman, C. A., & Raro, J. A. (Ed.), *Por los rincones: Antología de métodos cualitativos*. México: El colegio de Sonora
- Harper, E. M. (2012). Staffing based on evidence: can health information technology make it possible? *Nursing Economics*, 30(5), 262-267.
- Hart, P., Eaton, L., Buckner, M., Morrow, B. N., Barrett, D. T., Fraser, D. D., . . . Sharrer, R. L. (2008). Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(2), 75-84. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00123.x
- Havens, D. S., Labov, T. G., Faura, T., & Aiken, L. H. (2002). Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 12(01), 13-21.

- Heierle, C. (2011). *Imagen Social de la Enfermera a través de los Medios*. (Tesis Doctoral) Disponible en la Universidad de Granada, Granada.
- Hernández, J. F. (2013). *Convicciones y conveniencias. Profesiones sanitarias y relaciones de poder*. Las Palmas de Gran Canaria, España: La Bucanera.
- Hernández, J. F. (2010). *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. España: Fundación Alternativas.
- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 4(3), 180-186. doi: 10.1111/j.1479-6988.2006.00041.x
- Houlston, C. (2012). The role of a research nurse in translating evidence into practice. *Nursing Management (Harrow)*, 19(1), 25-28. doi: 10.7748/nm2012.04.19.1.25.c9013
- Ibañez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica* (5ª ed.). Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.
- Íñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales *Atención Primaria*, 23(8), 496-502.
- Ivory, C. H. (2014). Lean in to our profession. *Nursing for Womens Health*, 18(2), 101-104. doi: 10.1111/1751-486x.12105
- Jovell, A. J., Navarro, M. D., Fernández, L., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario *Atención Primaria*, 38(4), 234-237.
- Kim, S. C., Brown, C. E., Ecoff, L., Davidson, J. E., Gallo, A. M., Klimpel, K., & Wickline, M. A. (2013). Regional evidence-based practice fellowship program: impact on evidence-based practice implementation and barriers. *Clinical Nursing Research*, 22(1), 51-69. doi: 10.1177/1054773812446063

- Koehn, M. L., & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 209-215. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x
- Krainovich, B., Haber, J., Yost, J., & Jacobs, S. K. (2009). Evidence-based practice challenge: teaching critical appraisal of systematic reviews and clinical practice guidelines to graduate students. *Journal of Nursing Education*, 48(4), 186-195.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008a). Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse*, 28(2), 56-63; quiz 64.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008b). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 28(6), 58-71.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188. doi: 10.1002/nur.10032
- Lannon, S. L. (2007). Leadership skills beyond the bedside: professional development classes for the staff nurse. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(1), 17-21; quiz 22-13, 45.
- Leach, M. J., & Gillham, D. (2008). Evaluation of the Evidence-Based practice Attitude and utilization SurVEy for complementary and alternative medicine practitioners. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 792-798. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01046.x
- Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2009). Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. *Nursing Research*, 58(3), 218-225. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181a308cd

- López, S. R. (2004). Hospital Magnético, Hospital Excelente. *Index de Enfermería*, 13, 07-08.
- Lora, P. (2008). Reflexiones sobre el grado y postgrado de Enfermería: la Investigación en Enfermería. *Index de Enfermería*, 17(2), 85 - 86.
- Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. P., & Boyd, L. (2012). Time to clarify--the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 677-685. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x
- Lunardi, V., Peter, E., & Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16(05), 268-274.
- Lundmark, V. A. (2008). Magnet Enviroments for Professional Nursing Practice. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-based Handbook for Nurses*. United States of America: Agency for Healthcare Research and Quality
- Maben, J., Latter, S., & Clark, J. M. (2007). The sustainability of ideals, values and the nursing mandate: evidence from a longitudinal qualitative study. *Nursing Inquiry*, 14(2), 99-113. doi: 10.1111/j.1440-1800.2007.00357.x
- March, J. C., Danet, A., Romero, M., & Prieto, M. A. (2010). Clima emocional en equipos de profesionales sanitarios de Andalucía. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(06), 372-377.
- Marshall, A. P., West, S. H., & Aitken, L. M. (2011). Preferred information sources for clinical decision making: critical care nurses' perceptions of information accessibility and usefulness. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(4), 224-235. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00221.x

- Martelli, N., & Van den Brink, H. (2014). Special funding schemes for innovative medical devices in French hospitals: The pros and cons of two different approaches. *Health Policy*. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.04.007
- Martín, M. C., & Salamanca, A. B. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27(7), 4.
- Martin, F. (2008). Why we do what we do: implementation of practice guidelines by family nurse practitioner students. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(10), 515-521. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00348.x
- Martínez, C., & Monforte, C. (2012). Investigar más allá de la Enfermería clínica. *Enfermería Clínica*, 22(02), 63-64.
- Martínez, J. R. (2003). Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica*, 13(05), 303-308.
- Martínez, M. L. (2007). 30 años de evolución de la formación enfermera en España. *Educación Médica*, 10, 93-96.
- Más, R., Escribà, V., & Cárdenas, M. (1999). Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2(4), 159 - 167.
- Mashiach, M. (2011). Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 33-42. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05488.x
- McBride, S., Delaney, J. M., & Tietze, M. (2012). Health information technology and nursing. *American Journal of Nursing*, 112(8), 36-42; quiz 44, 43. doi: 10.1097/01.NAJ.0000418095.31317.1b
- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T., & Raynor, P. (2005). Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical

- decision making: findings from an exploratory study. *Family Practice*, 22(5), 490-497. doi: 10.1093/fampra/cmi042
- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T. A., & Thompson, D. R. (2002). Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 46-60.
- McCrae, N. (2012a). Evidence-based practice: for better or worse. *International Journal of Nursing Studies*, 49(9), 1051-1053. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.010
- McCrae, N. (2012b). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222-229. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05821.x
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382-388. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182726cc5
- Medina, J. L., Schubert, V. M., Lenise, M., & Sandin, M. P. (2010). La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19, 609-617.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182664e0a
- Melnyk, B. M., Fineout, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2009). Evidence-based practice: step by step: igniting a spirit of inquiry: an essential

- foundation for evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 109(11), 49-52. doi: 10.1097/01.naj.0000363354.53883.58
- Meneu, R. (2005). Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(06), 337-342.
- Meneu, R., & Ortun, V. (2011). Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gaceta Sanitaria*, 25(4), 333-338. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.02.010
- Meneu, R., Ortún, V., & Peiró, S. (1998). Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones. En G. López (Ed.) *La contratación de servicios sanitarios* (pp. 185-207). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, España: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, & Universidad Rey Juan Carlos. (2013). *Libro Blanco. Los Recursos en el Sistema Sanitario*. Madrid, España: Autor.
- Miro, M. (2010). Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enfermería Clínica*, 20(6), 360-365. doi: 10.1016/j.enfcli.2010.09.002
- Misak, C. J. (2010). Narrative evidence and evidence-based medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(2), 392-397. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01407.x
- Montoussé, M., & Renouard, G. (2001). *Cien fichas para aprender sociología*. Barcelona, España: Vicens Vives.

- Moore, S. S., & Singleton, W. W. (2010). Dulces pasos hacia un programa activo de investigación en enfermería. *Nursing (Edición española)*, 28(5), 7-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-5382\(10\)70390-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-5382(10)70390-3)
- Moosvi, K., & Levin, R. F. (2013). Using evidence to influence health policy. *Research and Theory for Nursing Practice*, 27(3), 153-156.
- Morales, J. M. (2003). ¿Qué aporta el concepto de evidencia científica a la práctica clínica de los cuidados? *Index de Enfermería*, 40-41, 35-40.
- Morales, J. M. (2005). Efectividad y Evidencia: ni contigo, ni sin ti. *Evidentia*, 2(4). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/88articulo.php>
- Morales, J. M., Gonzalo, E., Martín, F., Morilla, J. C., Terol, J., & Ruiz, C. (2003). Guías de práctica clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados? *Enfermería Clínica*, 13(01), 41-47.
- Morales, J. M., Morilla, J., & Martín, F. (2007). ¿Gestión de riesgos o el riesgo de una mala gestión? La variabilidad en la ratio enfermera - paciente también influye en los resultados de hospitales europeos. *Evidentia*, 4(16). Recuperado en: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/346articulo.php>
- Moreland, P. J., Gallagher, S., Bena, J. F., Morrison, S., & Albert, N. M. (2012). Nursing satisfaction with implementation of electronic medication administration record. *Computers, Informatics, Nurses*, 30(2), 97-103. doi: 10.1097/NCN.0b013e318224b54e
- Moreno, E. (2007). Variabilidad de la práctica clínica en la atención a urgencias y emergencias. *Emergencias*, 19(1), 222-224.
- Moreno, T., Fuentelsaz, C., Gil, A., González, E., & Clarke, S. P. (2011). Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: a comparative survey of nurses with and without

- experience as principal investigators. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), 1936-1947. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03656.x
- Moreno, T., Fuentelsaz, C., González, E., & Gil, A. (2010). Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*, 20(03), 153-164.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2ª ed.). United States of America: SAGE Publications.
- Munten, G., Van den Bogaard, J., Cox, K., Garretsen, H., & Bongers, I. (2010). Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: a review. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 7(3), 135-157. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00168.x
- Néstor, S. (2007). La teoría crítica de la sociedad de la escuela de Frankfurt. Algunos presupuestos teórico-críticos. *Revista Educación y Desarrollo Social*, 1(1), 104-119.
- Noguera, J. A. (1996). La teoría crítica: De Frankfurt a Habermas. Una traducción de la teoría de la acción comunicativa a la sociología. *Papers*, 50, 133-153.
- Noguera, J. A. (2002). El concepto de trabajo y la teoría social crítica. *Papers*, 68, 141-168.
- Noyes, J. (2012). Editor's choice. Global role shifting and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 491.
- Ochoa, S. C. (2005). A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23, 138-146.

- Odell, E., & Barta, K. (2011). Teaching evidence-based practice: the Bachelor of Science in nursing essentials at work at the bedside. *Journal of Professional Nursing*, 27(6), 370-377. doi: 10.1016/j.profnurs.2011.04.007
- Ojeda, F. (2006). Variabilidad clínica. Una visión del profesional médico. *Revista de Calidad Asistencial*, 21(2), 63-65.
- Oltra, E., Riestra, R., Alonso, F., García, J. L., Martínez, M. M., & Miguélez, R. (2007). Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. *Enfermería Clínica*, 17(01), 3-9.
- Oranta, O., Routasalo, P., & Hupli, M. (2002). Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 205-213.
- Orellana, A., & Paravic, T. (2007). Enfermería Basada en Evidencia: barreras y estrategias para su implementación. *Ciencia y enfermería*, 13, 17-24.
- Ortega, M., & Cayuela, A. (2002). Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en Atención Primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 76(2), 115-120.
- Padula, C. (1998). Reorganizar los hospitales. *Papeles de Economía Española*, 76, 199- 209.
- Pancorbo, P. L., García, F. P., Soldevilla, J. J., & Martínez, F. (2008). Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. *Gerokomos*, 19, 40-54.
- Parahoo, K. (2000). Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 89-98.

- Parsons, M. L., & Cornett, P. A. (2011). Sustaining the pivotal organizational outcome: magnet recognition. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 277-286. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01224.x
- Peiro, S., Artells, J. J., & Meneu, R. (2011). Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 95-105. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.12.005
- Pérez, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 373-380.
- Pérez, M. A., Sánchez, I., & Pancorbo, P. L. (2013). Valoración del entorno de práctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de Internet. *Enfermería Clínica*, 23(6), 271-278. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.07.004
- Pérez, R. (2012). *Valoración de la carrera profesional en sus diferentes dimensiones y aplicación al personal sanitario del sistema nacional de salud español*. (Tesis doctoral). Disponible en la Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pericàs, J., González, S., De Pedro, J., Morales, J. M., & Bennasar, M. (2014). Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study. *International Nursing Review*, 61(1), 90-98. doi: 10.1111/inr.12075
- Porter, S., & O'Halloran, P. (2009). The postmodernist war on evidence-based practice. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 740-748. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.11.002

- Pravikoff, D. S., Tanner, A. B., & Pierce, S. T. (2005). Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 105(9), 40-51; quiz 52.
- Prieto, M. Á., Suess, A., & March, J. C. (2005). De gestoras de recursos a gestoras de cuidados: opiniones y expectativas de las supervisoras sobre su nuevo rol profesional. *Enfermería Clínica*, 15(06), 314-320.
- Profetto-McGrath, J., Negrin, K. A., Hugo, K., & Smith, K. B. (2010). Clinical nurse specialists' approaches in selecting and using evidence to improve practice. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 7(1), 36-50. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00164.x
- Profetto-McGrath, J., Smith, K. B., Hugo, K., Taylor, M., & El-Hajj, H. (2007). Clinical nurse specialists' use of evidence in practice: a pilot study. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 4(2), 86-96. doi: 10.1111/j.1741-6787.2007.00086.x
- Quivy, R., & Carnpenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigación en ciencias sociales*. México: Editorial Limusa.
- Rice, K., Hwang, J., Abrefa, T., & Powell, K. (2010). Evidence - Based Practive Questionnaire: A Confirmatory Factor Analysis in a Social Work Sample. *Advances in Social Work*, 11(2), 158 - 173.
- Ritzer, G. (2002). *Teoría Sociológica Moderna* (5ª ed.). Madrid, España: McGraw-Hill InterAmericana de España.
- Rodríguez, V. A., & Paravic, T. M. (2011). Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enfermería Global*, 10, 246-253.

- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). Aspectos básicos sobre el análisis de datos cualitativos. En G. Rodríguez, & J. Gil (Ed.), *Metodología de la investigación cualitativa* (pp. 197 - 217). Málaga, España: Aljibe.
- Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Bostrom, A. M., & Wallin, L. (2012). Registered nurses' evidence-based practice: a longitudinal study of the first five years after graduation. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1494-1504. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.007
- Ruzafa, M., González, E., Moreno, T., Del Río, C., Albornos, L., & Escandell, C. (2011). Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enfermería Clínica*, 21(05), 275-283.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Sánchez, I., López, I. M., & Pancorbo, P. L. (2013). Obstáculos percibidos por las enfermeras para la practica basada en evidencias: un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*, 23(6), 279 - 283.
- Sánchez, M. C., Madrigal, M., Sánchez, J. A., Menárguez, J. F., & Aguinaga, E. (2010). ¿Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en la evidencia? Un estudio con grupos focales. *Atención Primaria*, 42(10), 507-513.
- Sandberg, S. (2013). *Lean in: Women, work, and the will to lead*. Nueva York, Estados Unidos: Alfred A. Knopf.
- Sangster, E., Martín, R., Downe, B., & Dicenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative

- review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1178-1190. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x
- Scott, K., & McSherry, R. (2009). Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(8), 1085-1095. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02588.x
- Serbia, J. M. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática*, 3(7), 123-146.
- Sevillano, E. G., & Sahuquillo, M. R. (2012, 7 de agosto). El éxodo de médicos y enfermeras se duplica por los recortes sanitarios, *El País*. Recuperado en: <http://lector.kioskoymas.com/epaper/viewer.aspx>
- Sherman, R. (2012a). Evidence-base effective nursing leadership: check your practice. *Nursing spectrum*, 25(9), 52 - 57.
- Sherman, R. (2012b). What followers want in their nurse leaders *American nurse today*, 7(9), 1 - 9.
- Shirey, M. R. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American Journal of Critical Care*, 15(3), 256-267.
- Siles, J. (1997). Epistemología y enfermería: por una fundamentacion científica y profesional de la disciplina. *Enfermería clínica*, 7(4), 188 - 194.
- Sitzia, J. (2002). Barriers to research utilisation: the clinical setting and nurses themselves. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(4), 230-243.
- Siu, H., Spence, H. K., & Finegan, J. (2008). Nursing professional practice environments: setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 250-257. doi: 10.1097/01.NNA.0000312772.04234.1f

- Smith, E. L., Cronenwett, L., & Sherwood, G. (2007). Current assessments of quality and safety education in nursing. *Nursing Outlook*, 55(3), 132-137. doi: 10.1016/j.outlook.2007.02.005
- Smith, R., & Rennie, D. (2014). Evidence based medicine--an oral history. *British Medical Journal*, 348, g371. doi: 10.1136/bmj.g371
- Solomons, N. M., & Spross, J. A. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 109-120. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x
- Soriguer, F. (1993). *¿Es la clínica una ciencia?* Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Spenceley, S. M., O'Leary, K. A., Chizawsky, L. L., Ross, A. J., & Estabrooks, C. A. (2008). Sources of information used by nurses to inform practice: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 954-970.
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science*, 6, 1. doi: 10.1186/1748-5908-6-1
- Squires, J. E., Moralejo, D., & Lefort, S. M. (2007). Exploring the role of organizational policies and procedures in promoting research utilization in registered nurses. *Implementation Science*, 2, 17. doi: 10.1186/1748-5908-2-17
- Squires, J. E., Reay, T., Moralejo, D., Lefort, S. M., Hutchinson, A. M., & Estabrooks, C. A. (2012). Designing strategies to implement research-based policies and procedures: a set of recommendations for nurse leaders based on

- the PARIHS framework. *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 293-297.
doi: 10.1097/NNA.0b013e318253565f
- Stetler, C. B. (1994). Refinement of the Stetler/Marram model for application of research findings to practice. *Nursing Outlook*, 42(1), 15-25.
- Thompson, D. S., Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S., Moore, K., & Wallin, L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. *Implementation Science*, 2, 15. doi: 10.1186/1748-5908-2-15
- Tirado, G. (2007). Actividad científica en enfermería: ¿para cuándo su reconocimiento? . *Enfermería Comunitaria*, 3(2).
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- Traynor, M., Boland, M., & Buus, N. (2010). Autonomy, evidence and intuition: nurses and decision-making. *Journal Advanced Nursing*, 66(7), 1584-1591. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05317.x
- Triviño V., Z., & Sanhueza A., O. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*, 11, 17-24.
- Universidad de las Islas Baleares (2013). *Plan de estudios de título oficial grado en enfermería*. Palma de Mallorca, España: Universitat de les Illes Balears.
- Upton, D., & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 454-458. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x

- Urra Medina, E., Retamal Valenzuela, C., Tapia Pinto, C., & Rodríguez Vidal, M. (2010). Enfermería basada en la evidencia: que és, sus características y dilemas *Medellín*, 28(1), 108 - 118.
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de Investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional* Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Valles, M. S. (2001). Ventajas y desafíos del uso de programas informáticos (e.g. ATLAS.ti y MAXqda) en el análisis cualitativo. Una reflexión metodológica desde la grounded theory y el contexto de la investigación social española. Ponencia presentada en el *Seminario sobre Investigación Cualitativa Asistida por Ordenador*. Granada: 22-23 Noviembre. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces. *Documentos de Trabajo Serie Sociología (S2001/05)*.
- VanGeest, J., & Johnson, T. P. (2011). Surveying nurses: identifying strategies to improve participation. *Evaluation and Health Professions*, 34(4), 487-511. doi: 10.1177/0163278711399572
- Vera, A., & Villalón, M. (2005). La triangulación entre métodos cuantitativos y cualitativos en el proceso de investigación. *Ciencia y trabajo*, 16, 3.
- Wallin, L., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., & Rudman, A. (2012). A modest start, but a steady rise in research use: a longitudinal study of nurses during the first five years in professional life. *Implementation Science*, 7, 19. doi: 10.1186/1748-5908-7-19
- Wang, W., Saldana, L., Brown, C. H., & Chamberlain, P. (2010). Factors that influenced county system leaders to implement an evidence-based program: a baseline survey within a randomized controlled trial. *Implementation Science*, 5, 72. doi: 10.1186/1748-5908-5-72

- Weinert, C. R., & Mann, H. J. (2008). The science of implementation: changing the practice of critical care. *Current Opinion in Critical Care*, 14(4), 460-465. doi: 10.1097/MCC.0b013e3283079eb5
- Weston, M. J. (2009). Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(1), 87-94. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01255.x
- Wilkinson, J. E., Nutley, S. M., & Davies, H. T. (2011). An exploration of the roles of nurse managers in evidence-based practice implementation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(4), 236-246. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00225.x
- Zwarenstein, M., & Reeves, S. (2006). Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 46-54. doi: 10.1002/chp.50

Anexos

Anexo 1: Encuesta Nursing Work Index (NWI)

Indique, rodeando con un círculo, el grado en que usted está de acuerdo en que las siguientes afirmaciones están presentes en su entorno de trabajo, teniendo en cuenta que el 1 implica que está totalmente en desacuerdo con la frase que se le propone y, el 4 significa que está absolutamente de acuerdo con el enunciado

	Totalmen desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Absolutamente de acuerdo
PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN ASUNTOS DEL HOSPITAL				
1. Las enfermeras de plantilla están involucradas en la gestión interna del hospital (Juntas, Órganos de decisión....)	1	2	3	4
2. Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el Hospital	1	2	3	4
3. Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería	1	2	3	4
4. La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus empleados	1	2	3	4
5. El/La director/a de Enfermería es accesible y fácilmente "visible"	1	2	3	4
6. Se puede desarrollar una carrera profesional / hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica	1	2	3	4
7. Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día	1	2	3	4
8. Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del Hospital y del Departamento de Enfermería	1	2	3	4
9. Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del Centro.	1	2	3	4
FUNDAMENTO ENFERMERO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS				
10. Se emplean los diagnósticos enfermeros	1	2	3	4
11. Hay un programa en activo para la mejora de la calidad	1	2	3	4
12. Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de Nuevo ingreso	1	2	3	4
13. Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, no biomédico	1	2	3	4
14. La asignación de pacientes que existe favorece la continuidad de los cuidados (por ejemplo, una enfermera que cuida a un mismo paciente durante días consecutivos...)	1	2	3	4
15. Hay una filosofía de Enfermería bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	1	2	3	4
16. Hay planes de cuidados por escritos, actualizados a diario para todos los pacientes	1	2	3	4
17. La administración del Centro espera altos estándares en los cuidados enfermeros	1	2	3	4
18. Hay programas de formación continuada para las enfermeras	1	2	3	4
19. Trabajo con enfermeras que tienen una competencia clínica adecuada	1	2	3	4

CAPACIDAD, LIDERAZGO Y APOYO A LAS ENFERMERAS POR PARTE DE LOS GESTORES ENFERMEROS,				
20. El/la supervisor/a es un/a buen/a gestor/a y líder	1	2	3	4
21. El/la supervisor/a respalda a la plantilla enfermera en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	1	2	3	4
22. Los supervisors utilizan los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica	1	2	3	4
23. La plantilla de supervisors da apoyo a las enfermeras	1	2	3	4
24. Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho	1	2	3	4
DIMENSIÓN DE LA PLANTILLA Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS				
25. Hay suficiente plantilla para realizar adecuadamente el trabajo	1	2	3	4
26. Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad	1	2	3	4
27. Existen servicios de apoyo adecuados (celadores, administrativos...) que me permiten estar más tiempo con mis pacientes.	1	2	3	4
28. Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con otros/as enfermeros/as	1	2	3	4
RELACIONES ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS				
29. Hay mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	1	2	3	4
30. Médicos y enfermeras tienen buenas relaciones	1	2	3	4
31. La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración equilibrada	1	2	3	4

Anexo 2: Encuesta Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ)

Cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia (CPBE).

Este cuestionario está diseñado para recoger información y opiniones sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre profesionales sanitarios. No hay respuestas correctas o erróneas, ya que solo estamos interesados en *sus* opiniones y el uso que *usted* hace de la evidencia en *su* práctica.

1. Con respecto a la atención prestada a algún paciente en el último año, ¿con qué frecuencia se ha hecho las siguientes cuestiones para responder a alguna posible laguna surgida en su conocimiento? (señale $\sqrt{}$ o X):

Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta laguna:

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Integré la evidencia encontrada con mi experiencia:

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Evalué los resultados de mi práctica:

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Compartí esta información con mis colegas

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

2. Por favor, indique ($\sqrt{}$ o X) en qué lugar de la escala se situaría usted para cada uno de los siguientes pares de enunciados:

Mi carga de trabajo es demasiado grande para poder mantenerme al día con toda la nueva evidencia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ La nueva evidencia es tan importante, que busco huecos de tiempo en mi trabajo para este fin.

Me sienta mal que cuestionen mi práctica clínica ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica

La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional

Me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.

3. En una escala de 1 a 7 (siendo 7 la mejor puntuación) ¿cómo se puntuaría a sí mismo/a?:

Por favor, rodee con un círculo el número elegido para cada enunciado

	Pobre				Excelente		
Habilidades para la investigación	1	2	3	4	5	6	7
Habilidades con las tecnologías de la información	1	2	3	4	5	6	7
Monitorización y revisión de habilidades prácticas	1	2	3	4	5	6	7
Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación	1	2	3	4	5	6	7
Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad para identificar lagunas en mi práctica profesional	1	2	3	4	5	6	7

Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad de determinar la validez del material encontrado	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos	1	2	3	4	5	6	7
Compartir las ideas y la información encontrada con los colegas	1	2	3	4	5	6	7
Diseminación de nuevas ideas sobre la atención a mis colegas	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad de revisar mi propia práctica	1	2	3	4	5	6	7

4. Finalmente, algunos datos sobre usted:

Profesión: _____ Año de graduación: _____

Puesto: _____ Especialidad: _____

Por favor, rodee con un círculo la respuesta más apropiada con su descripción:

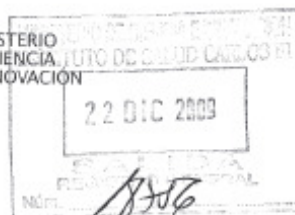
Sexo: Hombre Mujer

Año de edad: 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69

Anexo 3: Concesión de ayuda del instituto de salud Carlos III



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Subdirección General
Evaluación y Fomento de la Investigación

PEDRO GOMEZ, JOAN ERNEST DE
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA
MALLORCA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y
FISIOTERAPIA
CTRA. DE VALLDEMOSSA, K. 7,5
07071 - PALMA DE MALLORCA

Madrid, 11 de diciembre de 2009

JAB/MB/RV-PI09/90512

Para su conocimiento, dado que figura como Investigador/a Principal del proyecto de investigación con número de expediente PI09/90512, aprobado por Resolución de la Dirección del Instituto de Salud Carlos III, publicada en nuestra página <http://aes.isciii.es>, se adjunta copia de las condiciones económicas y composición del equipo investigador, notificadas al/a la representante legal del centro solicitante UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES con escrito de fecha 4 de diciembre de 2009.

EL SUBDIRECTOR GENERAL DE EVALUACIÓN
Y FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Joaquín Arenas Barbero



Monforte de Lemos, 5
28029 Madrid
ESPAÑA

Teléfono 91-822 25 24 -25 32
Fax 91-822 25 22
e-mail: rvoga@isciii.es



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Investigador Ppal.: PEDRO GOMEZ, JOAN ERNEST DE

Expte: PI09/90512

Centro realización: ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA MALLORCA

Centro solicitante: UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

Título del proyecto:

FACTORES QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE BALEARES. PROPUESTA DE ELEMENTOS DE FACILITACIÓN A PARTIR DEL MODELO PARIHS

Duración (años): 2

ANUALIDAD	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	TOTAL
Personal	0	0	0	
Bienes y Servicios	15.000	11.000	0	
Viajes y Dietas	0	2.000	0	
Subtotal	15.000	13.000	0	28.000,00
21 % gastos generales	3.150,00	2.730,00	0,00	5.880,00
TOTAL	18.150,00	15.730,00	0,00	33.880,00

EQUIPO INVESTIGADOR

CATEGORIA

ADROVER BARCELO, ROSA MARIA	CO
ALONSO CARREÑO MARTA	CO
ARTIGUES VIVES, GUILLEM	CO
BENNASAR VENY MIGUEL	CO
GALLARDO BONET SOLEDAD	CO
GOMEZ PICARD PATRICIA	CO
GONZALEZ TORRENTE SUSANA	CO
MIGUELEZ CHAMORRO ANGÉLICA	CO
MOLINA MULA JESUS	CO
PEDRO GOMEZ, JOAN ERNEST DE	IP
PERELLO CAMPANER CATALINA	CO
PERICAS BELTRAN, JORGE	CO

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

TITULO: Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria de Baleares. Propuesta de elementos de facilitación a partir del modelo PARIHS.		
Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ		
TIPO DE PROYECTO: INDIVIDUAL <input checked="" type="checkbox"/> COORDINADO EN RED <input type="checkbox"/>		
NOMBRE COORDINADOR/A (COORDINADOS DE VARIAS SOLICITUDES):		
DURACIÓN: 1 año <input type="checkbox"/> 2 años <input checked="" type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/>		
RESUMEN (Objetivos y metodología del proyecto): <i>(Máximo 250 palabras)</i> El objetivo general de este estudio es establecer un diagnóstico de los factores que las enfermeras perciben como determinantes la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) en las diferentes organizaciones, tanto a nivel de sus estructuras de apoyo como de las características de sus profesionales, de manera que permita el diseño de intervenciones para mejorar la implantación de la misma. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1) Identificar los elementos que las enfermeras y enfermeros reconocen como obstáculos para llevar a cabo una PCBE tanto a nivel de la organización como individual. 2) Determinar las causas de la situación y las posibles intervenciones para mejorar la implantación de una PCBE mediante los grupos de informantes clave establecidos para cada organización. METODOLOGÍA: Este proyecto se desarrollará en colaboración con la Consejería de Sanidad y con el servicio de salud de las Islas Baleares (Ib-salut). El proyecto se desarrollará mediante un trabajo de campo en todos los hospitales y centros de salud de carácter público y dependientes del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. El estudio se realizará en los 8 hospitales públicos y en todos los Centros de Salud de las tres áreas sanitarias. En una primera etapa el estudio se plantea con metodología cuantitativa como observacional descriptivo y de corte transversal. Mediante los cuestionarios Nursing Work Index (NWI) y Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) se determinará y establecerá el diagnóstico en función de las respuestas de los centros, unidades e individuos. En una segunda etapa se plantea un estudio cualitativo en el que mediante grupos focales en cada organización, se establecerán tanto las causas de la situación diagnosticada según los informadores, como los cambios propuestos para mejorar la PCBE y las acciones que se consideren necesarias para alcanzar estos cambios.		
TITLE: Determining Factors in Evidence-Based Clinical Practice in Hospital Nursing Staff and Primary Medical Care in the Balearics. A Facilitation Proposal Based on the PARISH Model.		
SUMMARY (Objectives and methodology): The main aim of this study is to perform a diagnostic analysis of the factors that determine the evidence-based clinical practice (EBCP) in different organizations. Both support structures and the characteristics of their professionals. So that measures can be designed aimed at improving the EBCP implementation.		
SPECIFIC OBJECTIVES: 1) To pinpoint which factors nurses identify as hindering EBCP, both at an organizational and individual level. 2) Using key groups of informants from each organization to determine the causes of the situation and measures that can be taken to improve the introduction of EBCP.		
METHODOLOGY: This project is being performed in coordination with the Balearic Health Department and Ib-Salut (Balearic Health Services). The methodology for the project consists of fieldwork in all public hospitals and health centres attached to the Balearic National Health Service. The study will be carried out in 8 public hospitals and all health centres from the three fields of healthcare. - During the first diagnostic stage, the study will use a quantitative methodology based on observational descriptive and cross-sectional techniques. Using NWI and EBPQ questionnaires, a diagnostic analysis will be made based on replies by the centres, units and individuals. - During the second stage, a qualitative study will be using key groups from each organization, the causes of the diagnosed situation will be identified by the said informants and proposals will be made regarding changes aimed at improving EBCP and the measures needed to implement these changes.		

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Antecedentes y estado actual del tema (citar las referencias incluidas en el apartado siguiente).

(Máximo 3 páginas)

Desde hace tres décadas se vienen publicando estudios sobre la transferencia de la investigación en la práctica clínica. Sin embargo es en el último decenio cuando se detecta un mayor énfasis por entender los factores que determinan o influyen en la traslación de la investigación a la práctica clínica. No obstante, aunque en la actualidad existe un conocimiento creciente acerca del papel que juegan las organizaciones en el transporte de resultados de investigación a la práctica clínica, la asunción de los factores que influyen en esta adopción por parte de las enfermeras es limitado.

La literatura sobre la práctica clínica basada en la evidencia discute actualmente la necesidad de adoptar modelos de intervención con teorías subyacentes que determinen qué factores afectan a la utilización de la investigación y como influye el contexto (1). Aceptando esta visión sería necesario revisar la teoría subyacente para aumentar la comprensión de cómo y por qué una determinada intervención actúa sobre la adopción de los resultados de la investigación en la práctica clínica. Sin embargo, para consolidar una teoría bien desarrollada y probada es necesario avanzar en el estudio de su utilización. Algunos trabajos (2,3) han demostrado que la utilización e inclusión de los resultados de la investigación en la práctica de los cuidados de salud es un proceso imprevisible con resultados inesperados; lo que parece funcionar en una determinada situación puede que no resulte de la misma manera en un contexto diferente (4). Una revisión sistemática (5) demuestra que solamente el 10% de estudios incluidos proporcionaron un análisis teórico, razonado y explícito para la intervención que era evaluada.

Resulta imprescindible describir con exactitud la naturaleza de las intervenciones. Para progresar en esta línea de investigación se han señalado las grandes diferencias que existían entre ADOPCIÓN (compromiso y decisión del proveedor de cambiar su práctica); DIFUSIÓN (distribución de información que origina una adopción de recomendaciones sin más); DISEMINACIÓN (implica mayor actividad que la difusión e incluye la comunicación de información para mejorar los conocimientos o habilidades) e IMPLEMENTACIÓN (supone una diseminación activa, con el empleo de estrategias diseñadas para superar posibles barreras) (6).

Se dispone de excelentes trabajos de revisión (7-9) donde se observa como la investigación enfermera sobre la utilización del conocimiento científico comenzó en los años 70, reflejándose un aumento significativo en la producción del trabajo empírico a partir de los 90. Una síntesis de esta literatura nos permite identificar tres campos de actividad de la investigación en esta área: a) las descripciones de los modelos de utilización de la investigación, b) el estudio de los determinantes individuales que examinan el uso de la investigación y c) el estudio de las características de la organización que influyen en el uso de la investigación. Este material sugiere que los estudios individuales sobre la utilización de la investigación en la práctica enfermera se han basado predominante en diseños bivariantes y de correlación, por lo que no se ha podido identificar las interacciones entre los factores que condicionan la utilización de la investigación y que, a la vez, permiten entender mejor los factores que modelan las relaciones entre las características de la organización, las personales y la utilización de la investigación.

El estudio de Titler y cols. (10), entre otros, se ha investigado sobre la utilización de los modelos de la práctica basada en la evidencia. Éstos fueron desarrollados generalmente para dirigir actividades de puesta en práctica de la investigación en el campo de la práctica clínica, pero no para probar las estructuras que predicen el uso de la investigación o desarrollar hipótesis medibles de estos modelos sobre las relaciones entre los factores que los conforman y los que condicionan la utilización de dicha investigación. Pocos estudios divulgan la eficacia de un determinado modelo para alcanzar una mayor utilización de la investigación en la práctica o para identificar los predictores de su utilización. Muchos de estos modelos se dirigen a los factores individuales que influyen sobre la utilización de la investigación por parte de las enfermeras. Sin embargo, investigadores como Stetler (11) han puesto mayor énfasis en las influencias de la organización tales como el liderazgo, la cultura de la práctica basada en la evidencia y la capacidad de infraestructuras de las que dispone dicha organización para involucrarse y sostener una práctica basada en la evidencia.

Existen dos instrumentos validados en entornos diferentes al nuestro, dedicados al análisis de los factores que influyen en el modelo de la práctica enfermera, definido éste, como un conjunto de características de la organización del ámbito del trabajo que facilitan o dificultan la práctica profesional.

El Nursing Work Index (NWI) (12), se diseñó para medir el entorno de la práctica enfermera en el ámbito hospitalario. Su validez y fiabilidad, viene avalada por la facilidad de asociar sus componentes, con diferentes indicadores de resultados clínicos (tasa de mortalidad, estancia media hospitalaria y satisfacción de los pacientes) y de satisfacción profesional (tasas de absentismo, satisfacción profesional y productividad

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

percibida).

El instrumento fue diseñado para detectar aquellas partes débiles del entorno en la práctica enfermera para posteriormente modificarlas y así obtener mejores resultados en la clínica (12).

El NWI ha sufrido varias modificaciones; inicialmente, López SR (13) llevó a cabo un estudio piloto para su validación en un hospital español con unos resultados que deben ser considerados con prudencia, sobre todo por sus propiedades psicométricas (Anexo I) y por haberse realizado con una muestra pequeña ($n=112$). De cara a mejorar la validez externa del instrumento, el grupo de investigación que ahora presenta éste proyecto ha replicado este proceso con una versión refinada, mejorada, con una muestra más extensa y en entornos tanto hospitalarios como de atención primaria, ya que, según la revisión bibliográfica hasta la fecha, aún no hay un modelo validado del NWI para el personal de enfermería en atención primaria. Por otra parte, el Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) (Anexo II), compuesto de 24 ítems organizados en 3 subescalas (14) está validado en su país de referencia (UK) para determinar el conocimiento, uso y actitudes de los profesionales hacia la práctica basada en la Evidencia. Tanto el NWI como el EBPQ se diseñaron expresamente para el ámbito hospitalario con unas características propias para estas organizaciones clínicas, lo que hace necesaria la validación en nuestro entorno tanto para las características propias del modelo hospitalario como de atención primaria.

Así las cosas, una vez validados estos instrumentos tanto en el entorno hospitalario como en atención primaria en nuestro contexto, nos pueden ayudar en la necesaria reflexión sobre la situación, con una mirada crítica, tanto hacia el colectivo profesional como hacia las organizaciones, pues sería del todo injusto cargar con toda la responsabilidad de la situación a unos profesionales obligados a ejercer su profesión en ámbitos que condicionan su práctica. Entendemos que estos cuestionarios nos permitirán el diagnóstico tanto de aquellos aspectos de las esferas organizacionales como de aquellos más personales referenciados a la actitud y aptitud de cada profesional, con respecto a la práctica clínica basada en la evidencia.

Entendemos que para que una enfermera quiera mejorar su práctica profesional es necesario un cierto grado de autonomía en su toma de decisiones asumiendo que éstas deben basarse en el conocimiento científico y en las necesidades del paciente (15). Las organizaciones deben trabajar para que se produzca un cambio en el rol subalterno al que se someten frecuentemente las enfermeras y en el modelo de relaciones interprofesionales con los médicos. Todos los agentes implicados deben establecer un camino serio, marcado por el rigor y por los resultados de investigación, que elimine definitivamente cualquier desajuste que ahora mismo se pueda estar traduciendo en eventos adversos que afectan a nuestra ciudadanía.

Como posible solución parcial de este problema, un metaanálisis (16) concluía que el incremento de la plantilla enfermera con una enfermera por turno y día, se relacionaba significativamente con un descenso en la mortalidad en una unidad de cuidados intensivos ($OR=0.91$), en un área quirúrgica ($OR=0.84$) y en otros tipos de áreas ($OR=0.94$).

Los estudios de Aiken, que analizan la relación directa entre el nivel del equipo de enfermería y sus efectos sobre la seguridad del paciente, sobre los resultados y la satisfacción del profesional hospitalario, determinaron que el incremento adicional de un paciente por enfermera y turno estaba asociado a un incremento de complicaciones y mortalidad del paciente y en el "burnout" enfermero. Además, describió que la insatisfacción de las enfermeras con ratios enfermera/paciente bajas era superior que aquellas que tenían ratios altas (17).

En España, el estudio ENEAS (18) referido a los efectos de la hospitalización, cifra la incidencia global de eventos adversos en el 11,6% y la de éxitus en el 4,4%. La incidencia relacionada con los cuidados se acercaba al 8%. Además aparecían efectos adversos con los que la intervención enfermera tiene una vinculación directa; tales como los relacionados con la infección nosocomial (25,3%) o con la medicación (37,4%). No obstante, tal como ha demostrado Kane en su reciente metanálisis existe causalidad entre el número de enfermeras y los efectos adversos, pero si se aumenta el número de enfermeras y persisten modelos de enseñanza y práctica profesional tradicionales, herméticos y economicistas, y no se realizan cambios organizacionales que permitan la transformación del rol profesional de las enfermeras poco se avanzará (19).

El marco conceptual "Promoting Action on Research Implementation in Health Services" (PARIHS) (4,20) ha ganado últimamente atención como estructura para la implantación de una práctica basada en la evidencia y ha sido utilizado como marco teórico en varios estudios (21). El grupo de PARIHS plantea que existen tres elementos importantes en la puesta en práctica de la investigación: a) la naturaleza de la evidencia usada, b) la calidad del contexto para hacer frente al cambio y c) el tipo de facilitación necesaria para asegurar el cambio exitoso. La evidencia se formula para ser constituida como el conocimiento generado a partir de cuatro fuentes: investigación, experiencia clínica, pacientes y contexto local, entendiendo que la confluencia de estas bases de la evidencia ocurre dentro de un ambiente clínico complejo, multidimensional y multifacético (22) (Anexo III).

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

Posteriormente el grupo de PARIHS definió el contexto como el ambiente en el cual se propone un cambio para ser llevado a cabo, argumentado que está compuesto de tres dimensiones: cultura, dirección, y evaluación. Estas dimensiones incluyen una cultura de aprendizaje orientada a los valores que sea receptiva al cambio, una dirección transformadora que apoye el trabajo en equipo, la implicación del personal en la toma de decisiones y una evaluación de los diferentes niveles del desempeño con mecanismos eficaces de retroalimentación. Parece demostrada la relación entre contextos positivos y mayores niveles de la utilización de la investigación (23). El tercer elemento fundamental, la facilitación, puede tener diferentes formas variando desde proveer ayuda y apoyo para cumplir un resultado específico, hasta capacitar tanto individualmente a profesionales como a equipos para reflexionar y cambiar sus propias actitudes, comportamientos y maneras de trabajar (24). Un facilitador puede ser caracterizado como un agente de cambio que utilice predominantemente un enfoque de resolución de problemas, participativo, en vez de prescribir y dirigir un sistema de acciones. Un trabajo cualitativo reciente realizado por Stetler (25) divulgó la facilitación como un proceso deliberado de resolución de problemas interactivo y apoyo a través del uso específico de intervenciones. El agente facilitador debe convertirse en el elemento clave para inspirar y ganar el compromiso y el entusiasmo de los profesionales, consciente de que el éxito de las transformaciones están en que los propios profesionales entiendan como suyas las ideas aprobadas para utilizar los nuevos conocimientos en la práctica clínica (26). Se trata de envolver a la organización en un marco de práctica clínica basada en la evidencia promovido por la facilitación, el soporte, la capacitación y las infraestructuras (11). Suscitando una visión del cambio, asumido por los grupos implicados, se debe promover una organización de modelo constructivista que promueva el "empowerment", facilitando que los trabajadores ganen mayor autonomía en sus acciones profesionales a partir de un entorno que propicie el acceso a la información, el soporte, los recursos necesarios para desarrollar el el trabajo y las oportunidades para aprender y crecer (27). De esta manera, se optimizarán los niveles emocionales y la satisfacción en el trabajo (28).

El marco PARIHS reconoce que el propósito de la facilitación puede variar desde un proceso enfocado a proporcionar la ayuda específica para alcanzar una tarea, hasta colaborar en el cambio de actitudes y comportamientos. Por tanto, el papel del agente facilitador es permitir un aprendizaje reflexivo, ayudando a identificar necesidades, animando al pensamiento crítico, y determinando así el logro de los objetivos de aprendizaje (22).

Resulta evidente que no existe una receta mágica para que las organizaciones modifiquen las prácticas clínicas de sus profesionales. No sólo las intervenciones multidisciplinares parecen ser eficaces, sino también las intervenciones individuales. Aunque una de las intervenciones con mejores resultados es la construcción de estructuras de aprendizaje, un simple recordatorio podría proporcionar una estrategia más clara o un mensaje coherente y, por tanto, tener un mayor impacto. Además, el material educativo, los recordatorios, la retroalimentación y la revisión de los roles profesionales pueden tener más efecto que otras estrategias de intervención, lo cual sitúa este proyecto ante la necesidad de determinar qué estrategias de facilitación parecen tener mejor impacto en las propias organizaciones y en el entorno de un marco teórico explicativo (29).

El proposito este estudio es establecer un diagnóstico de los factores que las enfermeras perciben como determinantes de una Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) en las diferentes organizaciones, tanto a nivel de sus estructuras de apoyo como de las características de sus profesionales. Para ello nos proponemos a identificar los elementos que las enfermeras y enfermeros reconocen como relevantes para llevar a cabo una PCBE tanto a nivel de la organización como individual y a determinar las causas de la situación y las posibles intervenciones para mejorar la implantación de una PCBE.

Posteriormente se diseñaran las intervenciones en base a los elementos identificados como facilitadores en cada organización, adaptandolas a un modelo denominado (PAIIS) (Anexo IV) Promoción de Acciones de Implementación de la Investigación en los Servicios de Salud (PAIIS) bajo la estructura del marco PARIHS (Anexo III).

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Bibliografía más relevante.

(Máximo 1 página)

[1]Eccles M., Grimshaw J., Walker A., Johnston M., Pitts N. Changing the behavior of healthcare professionals: The use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2005; 58: 107-112.[2]Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care*, 2001; 39: 11-46-11-54.[3] Wallin L., Bostrom AM., Harvey G., Wikblad K., Ewald U. National guidelines for Swedish neonatal nursing care: Evaluation of clinical application. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000; 12: 465-474.[4]Kitson A., Harvey G., McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 1998; 7:149-158.[5] Grimshaw JM., Thomas RE., MacLennan G., Fraser C., Ramsay CR., Vale L., et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 2004; 8(6): 1-72.[6]Davis DA., Taylor VA. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*, 1997;157:408-416.[7]Estabrooks CA., Winther C., Derksen L. Mapping the field: A bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. *Nursing Research*, 2004; 53: 293-303.[8]Estabrooks CA., Chong H., Brigidear K., Profetto-McGrath J. Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2005; 37(2): 118-140.[9]Meijers J., Janssen M., Cummings GG., Wallin L., Estabrooks CA., Halfens R. Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 55: 622-635.[10]Titler MG., Kleiber C., Steelman V., Goode C., Rakel B., Barry-Walker J., et al. Infusing research into practice to promote quality care. *Nursing Research*, 1994; 43: 307-313.[11]Stetler CB. Role of the organization in translating research into evidence-based practice. *Outcomes management*, 2003; 7: 97-105.[12]Lake E. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 2002;25:176-188.[13]López S R. Estudio piloto para la validación de una escala sobre el entorno de práctica enfermera en el Hospital San Cecilio. *Enfermería Clínica*, 2005; 15(1):8-16 [14]Upton D., Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of advanced nursing*, 2006 ; 54(4) : 454-458.[15]Morales JM., Morilla JC. ¿Qué hace que las enfermeras utilicen resultados de investigación con sus pacientes? *Evidentia*, 2008; 5 (19). [16]Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TL. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. *Medical Care*, 2007 ; 45(12) :1195-1204.[17]Aiken L H, Clarke S P, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 2002 ; 288 (16), 1987–1993.[18]Aranaz JM. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005.Informe Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. [19] De Pedro Gómez J, Morales Asencio JM, Artigues Vives G, Gonzalo Jiménez E, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. Resultados de la atención hospitalaria y número de enfermeras: no es casualidad la cercanía a la causalidad. *Metas de Enferm* abr 2009; 12(3):[20]Rycroft-Malone J., Kitson A., Harvey G., McCormack B., Seers K., Titchen A., et al. Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 2002; 11: 174-180. [21]Wallin L., Profetto-McGrath J., Levers MJ. Implementing nursing practice guidelines: A complex undertaking. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 2005; 32: 294-300. [22]Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework—A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (4), 297-304. [23]Wallin L., Estabrooks CA., Midodzi WK., Cummings GG. Development and validation of a derived measure of research utilization by nurses. *Nursing Research*, 2006; 55: 149-160. [24]Harvey G., Loftus-Hill A., Rycroft-Malone J., Titchen A., Kitson A., McCormack B., et al. Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 37: 577-588. [25]Stetler CB., Legro MW., Rycroft-Malone J., Bowman C., Curran G., Guihan M., et al. Role of “external facilitation” in implementation of research findings: A qualitative evaluation of facilitation experiences in the Veterans Health Administration. *Implementation Science*, 2006; 1: 23. [26]Manley K., McCormack B. Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nursing in Critical Care*, 2003; 8 (1): 22-29. [27]Kanter R.M. Men and Women of the Corporation, 2nd edn. Basic Books, New York,1993. [28]Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Workplace empowerment as a predictor of nurse burnout in restructured healthcare settings. *Longwoods Rev.* 2003;1:2-11. [29]Dijkstra R, Wensing M, Thomas R, Akkermans R, Braspenning J, Grimshaw J, Grol R. The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis *BMC Health Services Research* 2006, 6:53.

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Hipótesis HIPOTESI

1.- La opinión, las actitudes, las competencias y motivaciones de los profesionales de la enfermería son factores decisivos para desarrollar una cultura clínica basada en la transferencia de nuevos conocimientos a los cuidados .

2.-La estructura organizacional no parece ser la adecuada para desarrollar una practica clínica basada en la evidencia.

3.- Los elementos facilitadores identificados y puestos en marcha en el marco de un modelo facilitador de la PCBE cambian las percepciones de las enfermeras tanto sobre el nivel de dificultad imputable a la organización como de aquel atribuible al nivel individual.

Esta investigación en su fase cualitativa plantea como premisas el conocimiento del funcionamiento desde el interior de las organizaciones y de los equipos de salud de tal modo que se posibilite detectar y proponer puntos clave para la mejora de la práctica clínica. En esta etapa cualitativa del estudio no se contempla hipótesis.

Objetivos GENERAL:

Establecer el diagnostico de aquellos elementos favorecedores y obstaculizadores de la implementación de una PCBE tanto a nivel institucional como individual.

ESPECÍFICOS:

- Establecer los elementos que las enfermeras y enfermeros identifican como obstáculos para llevar a cabo una PCBE a nivel organizacional mediante el el cuestionario NWI.
- Establecer los elementos que las enfemerass y enfermeros identifican como obstáculos para llevar a cabo una PCBE a nivel individual mediante el cuestionario EBPQ.
- Determinar a través del análisis multi nivel los “efectos de composición” de los grupos resultantes.
- Examinar el “efecto contextual” que tiene la relación entre las variables individuales y grupales para determinar como interviene esta relación en los resultados a nivel individual.
- Determinar las “variables derivadas” de las características de los individuos que conforman el grupo.
- Establecer el efecto transnivel determinando como afectan las variables grupales a los resultados individuales.
- Determinar mediante los grupos de informantes clave establecidos para cada organización, las causas de la situación y las intervenciones para mejorar la implantación de una PCBE.
- Identificar los elementos del marco PARIHS que pueden mejorar la transferencia de los resultados de la investigación en la práctica clínica.

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Metodología (Diseño, sujetos de estudio, variables, recogida y análisis de datos y limitaciones del estudio)
(Máximo 3 páginas)

Este proyecto se desarrollará en colaboración con la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears y el Servei de Salut de les Illes Balears.(IB-SALUT). La metodología del proyecto será llevada a cabo mediante un trabajo de campo en todos los hospitales y centros de salud de carácter público y dependientes del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma.

Diseño:

FASE DIAGNÓSTICO

A) Etapa Cuantitativa

B) Etapa Cualitativa

La etapa cuantitativa es un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Mediante los cuestionarios Nursing Work Index y Evidence-Based Practice Questionnaire se establecerá un diagnóstico de los factores que determinan la PCBE, en función de las respuestas de los centros, unidades e individuos. En la segunda etapa se plantea un estudio cualitativo desde la perspectiva crítico social en la que se analizarán las causas de la situación diagnosticada según los informadores, los cambios propuestos para mejorar la PCBE y las acciones que se consideren necesarias para alcanzar estos cambios.

Dada la posible heterogeneidad de la población a estudio, como fase previa se realizará un estudio exhaustivo del perfil socio-demográfico de la misma, con el objetivo de poder analizar posteriormente los posibles factores y causas de las no respuestas y de las respuestas desapareadas a uno solo de los cuestionarios.

A) ETAPA CUANTITATIVA.

Sujetos de estudio:

Los sujetos de estudio serán todas las enfermeras del Ib-salut (aproximadamente 3800), que tengan relación continuada desde al menos seis meses antes de la encuestación con el centro de trabajo:

- H. Son Dureta
- H. Son Llatzer
- H. Comarcal de Inca
- H. de Manacor
- H. San Juan de Dios *
- H. Can Mises (Ibiza)
- H. Mateu Orfila (Menorca)
- Centros de salud Área Mallorca
 - 18 C.S. en Palma de Mallorca
 - 20 C.S. en la Isla de Mallorca
- Centros de Salud Área Ibiza - Formentera
 - 4 C.S. Ibiza
- Centros de Salud Área Menorca
 - 3 C.S. Menorca

* El hospital San Juan de Dios es el único hospital con carácter no público del estudio, aunque toda su actividad la realiza como centro concertado del sistema público.

Variables:

Se tratará la información a tres niveles: Hospitalario en unidades o centros de salud e individualmente en este último nivel atendiendo a las características poblacionales de sexo, edad, nivel académico, categoría profesional y años de profesión. Respecto al análisis de los hospitales o centros de salud se procederá a tanto al análisis por niveles asistenciales, así como por estructuras de organización interna y aéreas geográficas, en especial las correspondientes a las islas de Mallorca, Menorca e Eivissa – Formentera.

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

El resto de las variables son las que determinan los cuestionarios NWI según la versión de Lake 2002 y validada la traducción para nuestro entorno por López (13) y el cuestionario EBPQ según la versión de Upton 2006 (ver anexo 1 y 2).

Las variables serán plasmadas en soportes diseñados para facilitar la lectura mecanizada de las respuestas.

Recogida de datos:

La recogida de datos se realizará en cada centro de intervención mediante la entrega de los cuestionarios en donde se invitará al profesional a participar en el estudio garantizándole la confidencialidad. La respuesta será recogida por el encuestador asignado al centro, respetando la confidencialidad y los aspectos recogidos en la ley de protección de datos de carácter personal 15/1999

Análisis de los datos:

El análisis de la investigación se realizará, después de la depuración de la matriz de datos y de la generación de variables, en diferentes fases que, a grandes rasgos, se definen a continuación.

En primer lugar se llevará a cabo una exploración de las características que definen el comportamiento de cada una de las variables utilizadas, mediante las técnicas descriptivas clásicas y mediante el Análisis Exploratorio de datos.

En segundo, se analizarán las relaciones existentes entre las respuestas de los profesionales a los dos cuestionarios (CPBE y NWI) se tendrán en cuenta las características sociodemográficas y laborales de la muestra, y mediante técnicas de análisis pertenecientes al Modelo Lineal General, se llevarán a cabo análisis diferenciales con los que se elaborarán perfiles específicos. También se modelarán las respuestas de los sujetos a los cuestionarios teniendo en cuenta sus características personales y laborales, y la unidad en la que desempeñan su trabajo, como un factor de segundo nivel, mediante análisis multinivel.

En tercer lugar, y dentro del contexto del Modelo Lineal Mixto, se modelarán las respuestas de los sujetos a los cuestionarios teniendo en cuenta, tanto características personales y laborales, como la unidad en la que desempeñan su trabajo, como un factor de segundo nivel, mediante el análisis de modelos multinivel. En general, se utilizará la última versión disponible del programa SPSS 17.0.

B) ETAPA CUALITATIVA.

Diseño:

En esta fase mediante grupos de discusión se intentará generar información mediante la interacción entre las personas que participen en los mismos, en un intento de "comprender lo obvio". Los grupos estarán compuestos por un número de entre 10 y 12 profesionales y la duración aproximada esperada de cada reunión será de 1,5-2 horas. Se realizará un grupo de discusión por centro excepto en el Hospital Son Dureta y en el Área Sanitaria de Mallorca que por su volumen y heterogeneidad se realizarán dos. Se llevarán a cabo dos reuniones por grupo, no obstante, el número de reuniones podría reducirse o ampliarse en función de la saturación de las diversas manifestaciones del fenómeno a estudiar.

Se cumplimentará también un diario conteniendo las Notas de campo del entrevistador/ a en el que se hará constar el resultado de su observación sobre el transcurso de los grupos de discusión. Igualmente se cumplimentará un breve cuestionario que incluirá antecedentes en formación, edad y sexo de los participantes. Todo ello nos permitirá describir y caracterizar a los/ as profesionales de enfermería que participan en el estudio.

Análisis de datos:

Se iniciará el análisis una vez conducido el primer grupo focal. El análisis será simultáneo a lo largo del proceso de la investigación con el objeto de modificar el guión del grupo focal si fuera necesario para descubrir campos de información no previstos en los temas iniciales. Además, el investigador principal elaborará un diario de campo en el que se registre todo el proceso reflexivo que fundamente las decisiones tomadas a lo largo del proceso de investigación.

Llevaremos a cabo un análisis de discurso mediante un proceso deductivo de codificación. Una vez

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

establecidos los códigos se agruparán en subcategorías y categorías temáticas con el objeto final de identificar qué elementos las enfermeras consideran significativos en el desarrollo de su práctica clínica. El rigor de los datos se asegurará mediante su saturación y la triangulación de fuentes e investigadores: cada sesión de grupo focal será codificada por dos investigadores de manera independiente y con posterioridad ambos establecerán un proceso de diálogo y comparativo para unificar criterios y establecer una codificación única para cada grupo focal. De esta manera, cada grupo focal se codificará tres veces, dos por dos investigadores independientemente y la tercera como resultado de una codificación conjunta de ambos. Finalmente, se hará la verificación de análisis con un participante de cada grupo focal para presentarle los resultados preliminares de manera que pueda corroborar o indicar las debilidades del análisis. Para el proceso de análisis el equipo utilizará la herramienta informática de soporte al análisis de textos Atlas.ti 5.0.

Consideraciones Éticas:

Este proyecto tiene la conformidad de Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears (CEIC-IB). La participación en el estudio será voluntaria. Todas las enfermeras que quieran hacerlo podrán participar y serán informadas de que pueden abandonar el estudio en cualquier momento o fase que lo deseen, sin que deban explicar al equipo los motivos. Las personas que participen firmarán un consentimiento informado (Ver Anexo V), donde, entre otras cosas, se les explicará la sistemática de grabación de las reuniones. A fin de mantener la confidencialidad de la información sobre los participantes, se invitará a éstos a que utilicen un nombre ficticio durante las grabaciones. Éstas se destruirán de forma feaciente una vez transcritas.

Límites:

En la primera etapa del proyecto los límites del estudio son los propios de la utilización de cuestionarios, como son el sesgo de respuesta, no respuesta y la subjetividad del encuestado. Esperamos que este efecto pueda ser neutralizado por la garantía de anonimato y confidencialidad. No obstante, la propia naturaleza del estudio busca la subjetividad de la respuesta con lo cual pensamos que puede neutralizarse bastante los sesgos en esta primera fase. En la segunda etapa los límites los impone la naturaleza de los estudios cualitativos cuyos resultados no son generalizables, aunque, en el caso concreto que nos ocupa, la metodología puede ser trasladable a contextos similares así como la establecida en la 1ª fase Diagnóstica.

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Plan de trabajo (Etapas de desarrollo y distribución de tareas de todo el equipo investigador, y las asignaciones previstas para el personal técnico que se solicita. Indicar también el lugar de realización del proyecto) *(Máximo 1 página)*

Etapas de Investigación CUANTITATIVA (8 meses). [Investigadores de 1 a 13]

Preparación para la recogida de datos.

- Diseño y elaboración de los soportes que permitan la mecanización de la lectura de datos.
- Elaboración del manual de recogida de datos.
- Estudio piloto para la modificación de instrumentos.
- Validación del instrumento de recogida de datos.
- Elaboración de la base de datos para transportar la información.
- Taller de entrenamiento en la utilización de cuestionarios NWI y CPBE.
- Reuniones con los responsables de los centros para organizar la recogida de información.

Recogida de la información y análisis de los datos. [Investigadores de 1 a 4]

- Recogida de la información.
- Lectura mecanizada de la información e introducción en la base de datos.
- Taller de formación en análisis estadístico multinivel.
- Análisis de los datos.
- Discusión de los resultados por parte del equipo de investigación.
- Elaboración del informe final de la etapa cuantitativa y establecimiento del diagnóstico por centros.

Etapas de Investigación CUALITATIVA (11 meses). [Investigadores de 1 a 13]

- Reuniones con los centros para establecer los criterios para la formación de los grupos de discusión.
- Reclutamiento y formación de los grupos de discusión en cada centro.
- Desarrollo de las reuniones con los grupos de discusión.
- Transcripción de las grabaciones.
- Análisis de discurso mediante un proceso deductivo de codificación. Establecimiento de los códigos, categorías y subcategorías de análisis.
- Verificación de los resultados mediante triangulación.
- Elaboración del informe final de la etapa cualitativa y establecimiento del diagnóstico.

Etapas de Información y difusión de resultados (3 meses). [Investigadores de 1 a 13]

- Elaboración del informe final de la investigación.
- Comunicación de los resultados a los responsables de los centros y a las unidades participantes.
- Difusión de los resultados en eventos nacionales e internacionales.
- Publicación de los resultados en revistas de ámbito nacional e internacional.

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Experiencia del equipo investigador sobre el tema

(Máximo 1 página)

1) JOAN DE PEDRO (IP), es TITULAR DE ESCUELA UNIVERSITARIA del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Diplomado en enfermería y licenciado en Antropología social y cultural. DEA y actualmente está realizando el estudio de campo de su tesis doctoral sobre el papel de las organizaciones en la transferencia del conocimiento en la práctica clínica. Desde el año 2004 es coordinador del grupo de revisión del Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia (OBEBE) en las Islas Baleares. Desde el año 2002 está publicando los resultados de sus investigaciones a nivel nacional e internacional. Es evaluador de proyectos del FIS del Ministerio de Sanidad y Consumo. Colabora como editor asociado y como revisor en la revista Evidentia y en la edición española de Evidence Based Nursing del grupo editorial BMJ. Ha sido investigador principal en tres proyectos becados por el FIS, todos ellos finalizados (PI 90/0162, PI 92/1031, PI 94/1513).

(2) DR. JORDI PERICAS, es TITULAR DE UNIVERSIDAD del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears (UIB) Dr. en Ciencias Biológicas desde 2000. Professor en la UIB durante los últimos 18 años. Actualmente es el investigador principal del grupo de investigación del Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia (OBEBE). Es IP en el proyecto becado por el FIS sobre tabaquismo en enfermeras de atención primaria (PI 06/90141).

(3) MIGUEL BENNASAR, es profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Diplomado en enfermería y licenciado en Antropología. Especialista en Antropología de la Salud y la Enfermedad. Actualmente está realizando la suficiencia investigadora dentro del programa de Doctorado del Máster de Evolución y Cognición Humana en la UIB. Miembro del equipo investigador del OBEBE. Co-investigador en el proyecto becado por el FIS sobre tabaquismo en enfermeras de atención primaria (PI 06/90141).

(4) GUILLEM ARTIGUES, es enfermero de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares. Es diplomado en enfermería. Profesor asociado del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Tiene formación y experiencia en metodología cuantitativa. Es co-investigador en el proyecto becado por el FIS sobre actitudes de los profesionales de atención primaria respecto al cribaje del cáncer de colon y recto (PI 07/905).

(5) SUSANA GONZÁLEZ, es responsable de enfermería de un Centro de Salud en Atención Primaria Mallorca. Es diplomada en enfermería. Profesora asociada del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Es co-investigadora en varios proyectos becados por el FIS (PI 02585, PI 042006, PI 06/90141).

(6) MARTA ALONSO, es supervisora del área de formación e investigación de enfermería en el Hospital Universitario Son Dureta. Es diplomada en enfermería. Profesora asociada del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Es co-investigadora en el proyecto becado por el FIS sobre promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa en una unidad de cuidados intensivos (PI 06/90159).

(7) PATRICIA GÓMEZ, es directora de cuidados y coordinadora sociosanitaria del Ib-salut, Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares. Es diplomada en enfermería. Tiene formación y experiencia clínica en Atención Especializada, además de experiencia en gestión.

(8) ROSA M^a ADROVER, es adjunta de la dirección de cuidados y coordinación sociosanitaria del Ib-salut. Tiene amplia experiencia en Atención Primaria y Especializada. Es diplomada en enfermería. Ha participado como colaboradora en el proyecto FIS (PI 021585) sobre la efectividad de una intervención de enfermería en pacientes con ECV.

(9) CATI PERELLO, es profesora del Departamento de enfermería y fisioterapia de la UIB. Diplomada en enfermería. Realiza en este momento el Máster de cognición y evolución humana

(10) JESÚS MOLINA, es profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Diplomado en enfermería y licenciado documentación. Actualmente está realizando el programa de Doctorado interuniversitario de enfermería y salud internacional.

(11) SOLEDAD GALLARDO, es directora de enfermería del complejo hospitalario GESMA. Es diplomada en enfermería y licenciada en Antropología social y cultural.

(12) ANGELICA MIGUELEZ, es directora de enfermería de Atención Primaria Mallorca. Es diplomada en enfermería.

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Plan de difusión:

1. Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico, asistencial y/o desarrollo tecnológico.
2. Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto bibliométrico.

1.- A través de las técnicas cuantitativas podremos validar dos instrumentos para medir el grado de acercamiento a la PCBE tanto de las organizaciones como de los profesionales.

A través de las técnicas cualitativas se espera sacar a la luz lo que ocurre en los encuentros entre profesionales y organizaciones en base a los criterios que permite la reflexión y toma de conciencia de la realidad reflejada en los hechos observados y en el discurso, lo que puede suponer una oportunidad para la mejora. La constatación y toma de conciencia del “modo de cuidar” tanto por parte de las organizaciones como de los individuos (profesionales) que actúan en ellas supone posibilidades de intervención a través de actividades de facilitación en el entorno de un marco teórico que pretende propiciar la transferencia del conocimiento desde las estructuras de gestión, como base para la mejora de los resultados asistenciales.

Esperamos que el proyecto en su segunda fase termine por establecer el conocimiento de las dimensiones y atributos que los profesionales relacionan con los resultados esperados de su práctica, permitiendo elaborar un instrumento capaz de demostrar diferencias en las prácticas y relacionarlas con los resultados obtenidos en pacientes, lo que permitirá finalmente poner en marcha estrategias de mejora de la efectividad que incidan directamente en elementos concretos de la atención que se ofrece.

2.- Para difundir los resultados de esta investigación se creará un enlace en la página web de la dirección de cuidados del ib-salut disponible en <<http://www.portalsalut.caib.es>>, También se difundirá en congresos especializados como el International Nursing Congress on Evidence-Based Practice, el Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (INVESTEN) y en las Reuniones Internacionales sobre Enfermería Basada en la Evidencia de la Fundación Index. Además, se publicarán los resultados en: 2 revistas nacionales: Index de Enfermería (f. impacto=1,463) y Enfermería Clínica (f. impacto=0.463)*, y en 3 revistas internacionales como: Journal of Advanced Nursing (f. impacto=1,342)**; Quality and Safety in Health Care (f. impacto=2.382)** y Nursing Research (f. impacto = 1.604)**.

* CSIC. Ministerio de Educación y Ciencia; 2005. ** ISI. Web of Knowledge. Journal Citation Reports; 2006.

Medios disponibles para la realización del proyecto.

Servicios, instalaciones y equipamientos propios de la Universidad de las Islas Baleares y del Ib-Salut, lo que implica disponer de servicio de documentación y biblioteca para el acceso a bases de datos, salas de entrevista, aulas de reuniones y servicio de reprografía.

Forman parte del equipo de investigación profesores de la Universidad de las Islas Balears y profesionales de las unidades de investigación de los diferentes centros asistenciales del Ib-Salut así como, de una adjunta de investigación de la dirección asistencial del ib-salut. La mayoría de ellos, con gran experiencia en investigación, lo que facilitará el desarrollo y posterior análisis de datos.

Se utilizará el programa SPSS 17.0 para el análisis estadístico de los datos. Se dispone de licencia en la Universitat de les Illes Balears.

La lectura de los datos cuantitativo será llevada a cabo en los lectores ópticos del que dispone la UIB.

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Justificación detallada de la ayuda solicitada.

(Máximo 1 página)

A) INVENTARIABLE, FUNGIBLE Y OTROS GASTOS

- El programa informático Atlas ti (Educational Single User License v 5.0) con licencia completa, es necesario para esta investigación, ya que ni la UIB ni el Ib-salut disponen de licencias (499 euros). Se elige la versión para investigación en centros universitarios que es más económica que la versión estándar. Este tipo de herramientas facilitan y aportan mayor contenido y calidad para el discurso verbal en códigos, subcategorías y categorías, consiguiendo una mayor rentabilidad en el análisis y en la obtención de resultados. El programa servirá para próximas investigaciones de corte cualitativo.

- 3 ordenadores portátiles ligeros (1-1,5 Kg) y con un mínimo de 7 horas de autonomía para poder usar en el trabajo de campo (760 euros/unidad). Se necesitan 3 unidades, ya que la investigación se realizará en 3 áreas de salud, cada una de ellas en una isla diferente (Mallorca, Menorca e Ibiza).

- 3 grabadoras de audio digitales para la recogida de datos. Es importante que tengan una capacidad de al menos 2 GB, para asegurar el almacenamiento de datos y la grabación estéreo (359 euros/unidad). Las grabadoras digitales son imprescindibles para la realización de la investigación cualitativa.

- Grupos de discusión: Se realizarán 2 sesiones con 12 grupos de discusión de 12 miembros. Cada sesión tendrá una duración de 2 horas (2 sesiones x 12 grupos x 2 h x 20 euros/h = 960 euros).

- Transcripción de las grabaciones de los grupos de discusión. Cada hora de grabación equivale a 7 horas de trabajo de transcripción, que se estima en 16 euros la hora. Por tanto, 12 grupos de discusión x 2 horas de duración x 2 sesiones x 7 horas transcripción x 16 euros/hora = 5.376 euros.

- Los cuestionarios NWI y CPBE pueden ser autocumplimentados pero serán administrados por personas correctamente entrenadas (El sistema sanitario de las Illes Balears consta de unas 3.800 enfermeras x 3 euros/recogida de cuestionario = 11.400 euros). Para facilitar la recogida de cuestionarios y la posterior mecanización de datos, se diseñaran cuestionarios de recogida de datos (CRD) para lector óptico. Diseño e impresión de los CRD para lector óptico con papel offset prepint laser de 90gr formato 21,7x17cm imprimidos a dos caras y con dos tintas (2.550 euros).

- Adquisición de material de oficina y bibliografía: Debido a la escasa bibliografía existente en nuestro país sobre el tema de investigación, será necesario la recopilación internacional necesaria para la fundamentación del estudio (700 euros). Compra de material de oficina para la producción de documentos y la elaboración de informes de difusión de resultados, etc. (650 euros).

- Traducciones y corrección de artículos: La difusión internacional de los resultados precisa de una corrección y traducción de los textos al inglés de elevada calidad, imprescindibles en el caso de las investigaciones basadas en evidencia clínica. Por tanto, la total comprensión en el idioma traducido es vital para la transmisión de conocimiento y un mayor alcance de los contenidos. El coste de la traducción por palabra es de 0,078 euros. Las revistas suelen limitar la extensión de los artículos a 5.500 palabras. El plan de difusión contempla 3 artículos (3 artículos x 5.500 palabras x 0,078 euros = 1.287 euros).

- Se realizará un seminario de formación avanzada de los miembros del equipo investigador sobre análisis estadístico multinivel (2.700 euros).

VIAJES Y DIETAS:

- Creemos necesarias las dietas de los desplazamientos de los miembros del equipo de investigación, ya que tendrán que desplazarse a los centros de salud y hospitales periféricos que se encuentran a unos 50 Km de distancia media (Precio km = 0,19 euros).

- Debido a la insularidad y a los problemas de comunicación, se deberán realizar 8 viajes en avión para 2 investigadores/as entre islas, para los hospitales y Atención Primaria de Menorca e Ibiza y Formentera.

- Es importante poder ir realizando difusión de la información que se vaya obteniendo en los resultados en congresos nacionales e internacionales relacionados con la temática. Para ello, se ha programado la asistencia y participación para 3 investigadoras/es en 2 congresos de ámbito nacional y 2 internacionales incluyendo inscripción, billete de avión desde Mallorca y alojamiento (Nacional: 710 euros x 2 congresos x 3 personas = 4.260 euros; Internacional: 1.480 euros x 2 congresos x 3 personas = 8.880 euros).



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ	
PRESUPUESTO SOLICITADO	
1. Gastos de personal	Euros
SUBTOTAL	
2. Gastos de ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos) - 3 Ordenadores portátiles ligeros (1º año). - 3 Grabadoras digitales (1º año). - Programa informático Atlas ti (<i>Educational Single User License v 5.0</i>) (2º año) - Diseño e impresión de los cuestionarios de recogida de datos (CRD) (1º año) - Formación, distribución y recogida de encuestas a los profesionales enfermería (1º y 2º año) - Grupos discusión (48 horas de conducción x 20 euros) (1º y 2º año) - Transcripciones grabación (336 horas x 16 euros) (1º y 2º año) - Material de oficina y bibliografía (1º y 2º año) - Traducción de 3 artículos difusión internacional (2º año) - Taller de formación en análisis estadístico multinivel (1º año)	2280 1077 499 2.550 11.400 960 5.376 1.350 1.287 2.700
SUBTOTAL	29.479
Viajes y dietas - 140 desplazamientos de 50 km de media (0,19 euros x km) (1º y 2º año) - 8 viajes para 2 investigadores/as entre islas, para los hospitales y Atención Primaria de Menorca e Ibiza (1º y 2º año) - Inscripción, viaje y alojamiento a 2 congresos nacionales para 3 investigadoras/es (2º año) - Inscripción, viaje y alojamiento a 2 congresos internacionales para 3 investigadoras/es (2º año)	1.330 5.700 4.260 8.880
SUBTOTAL	20.170
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	
TOTAL AYUDA SOLICITADA	49.649



Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD ANEXOS

Expediente nº PI09/90512

ANEXO I: NURSING WORK INDEX

Indique, rodeando con un círculo, el grado en que usted está de acuerdo en que las siguientes afirmaciones están presentes en su entorno de trabajo, teniendo en cuenta que el 1 implica que está totalmente en desacuerdo con la frase que se le propone y, el 4 significa que está absolutamente de acuerdo con el enunciado

1 Totalmente de acuerdo

2 Algo de acuerdo

3 Algo en desacuerdo

4 Totalmente de desacuerdo

1	2	3	4
---	---	---	---

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN ASUNTOS DEL HOSPITAL

32. Las enfermeras de plantilla están involucradas en la gestión interna del hospital (Juntas, Órganos de decisión....)	1	2	3	4
33. Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el Hospital	1	2	3	4
34. Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería	1	2	3	4
35. La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus empleados	1	2	3	4
36. El/La director/a de Enfermería es accesible y fácilmente "visible"	1	2	3	4
37. Se puede desarrollar una carrera profesional / hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica	1	2	3	4
38. Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día	1	2	3	4
39. Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del Hospital y del Departamento de Enfermería	1	2	3	4
40. Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del Centro.	1	2	3	4

FUNDAMENTO ENFERMERO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

41. Se emplean los diagnósticos enfermeros	1	2	3	4
42. Hay un programa en activo para la mejora de la calidad	1	2	3	4
43. Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de Nuevo ingreso	1	2	3	4
44. Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, no biomédico	1	2	3	4
45. La asignación de pacientes que existe favorece la continuidad de los cuidados (por ejemplo, una enfermera que cuida a un mismo paciente durante días consecutivos...)	1	2	3	4
46. Hay una filosofía de Enfermería bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	1	2	3	4
47. Hay planes de cuidados por escritos, actualizados a diario para todos los pacientes	1	2	3	4
48. La administración del Centro espera altos estándares en los cuidados enfermeros	1	2	3	4
49. Hay programas de formación continuada para las enfermeras	1	2	3	4
50. Trabajo con enfermeras que tienen una competencia clínica adecuada	1	2	3	4

CAPACIDAD, LIDERAZGO Y APOYO A LAS ENFERMERAS POR PARTE DE LOS GESTORES ENFERMEROS,

51. El/la supervisor/a es un/a buen/a gestor/a y líder	1	2	3	4
52. El/la supervisor/a respalda a la plantilla enfermera en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	1	2	3	4
53. Los supervisors utilizan los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica	1	2	3	4
54. La plantilla de supervisors da apoyo a las enfermeras	1	2	3	4
55. Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho	1	2	3	4

DIMENSIÓN DE LA PLANTILLA Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

56. Hay suficiente plantilla para realizar adecuadamente el trabajo	1	2	3	4
57. Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad	1	2	3	4
58. Existen servicios de apoyo adecuados (celadores, administrativos...) que me permiten estar más tiempo con mis pacientes.	1	2	3	4
59. Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con otros/as enfermeros/as	1	2	3	4

RELACIONES ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS

60. Hay mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	1	2	3	4
61. Médicos y enfermeras tienen buenas relaciones	1	2	3	4
62. La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración equilibrada	1	2	3	4

ANEXO II: CPBE

Cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia (CPBE).

Cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia (CPBE).

Este cuestionario está diseñado para recoger información y opiniones sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre profesionales sanitarios. No hay respuestas correctas o erróneas, ya que solo estamos interesados en *sus* opiniones y el uso que *usted* hace de la evidencia en *su* práctica.

1. Con respecto a la atención prestada a algún paciente en el último año, ¿con qué frecuencia se ha hecho las siguientes cuestiones para responder a alguna posible laguna surgida en su conocimiento? (señale \checkmark o X):

Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta laguna:

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Frecuentemente**

Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Frecuentemente**

Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Frecuentemente**

Integré la evidencia encontrada con mi experiencia:

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Frecuentemente**

Evalué los resultados de mi práctica:

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Frecuentemente**

Compartí esta información con mis colegas

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Frecuentemente**

2. Por favor, indique (\checkmark o X) en qué lugar de la escala se situaría usted para cada uno de los siguientes pares de enunciados:

Mi carga de trabajo es demasiado grande para poder mantenerme al día con toda la nueva evidencia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ La nueva evidencia es tan importante, que busco huecos de tiempo en mi trabajo para este fin.

Me sienta mal que cuestionen mi práctica clínica ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica

La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional

Me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.

3. En una escala de 1 a 7 (siendo 7 la mejor puntuación) ¿cómo se puntuaría a sí mismo/a?:

Por favor, rodee con un círculo el número elegido para cada enunciado

	Pobre				Excelente			
	1	2	3	4	5	6	7	
Habilidades para la investigación								
Habilidades con las tecnologías de la información								
Monitorización y revisión de habilidades prácticas								
Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación								
Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes								
Capacidad para identificar lagunas en mi práctica profesional								
Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes								
Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos								
Capacidad de determinar la validez del material encontrado								
Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)								
Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos								
Compartir las ideas y la información encontrada con los colegas								
Diseminación de nuevas ideas sobre la atención a mis colegas								
Capacidad de revisar mi propia práctica								

4. Finalmente, algunos datos sobre usted:

Profesión: _____ Año de graduación: _____

Puesto: _____ Especialidad: _____

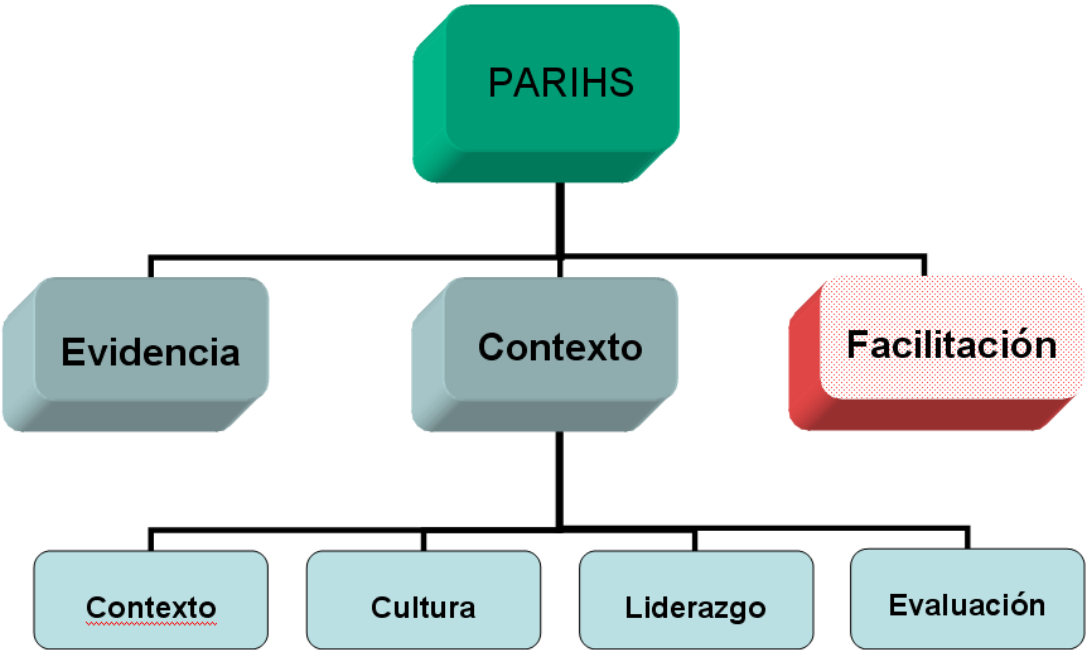
Por favor, rodee con un círculo la respuesta más apropiada con su descripción:

Sexo: Hombre Mujer

Año de edad: 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69

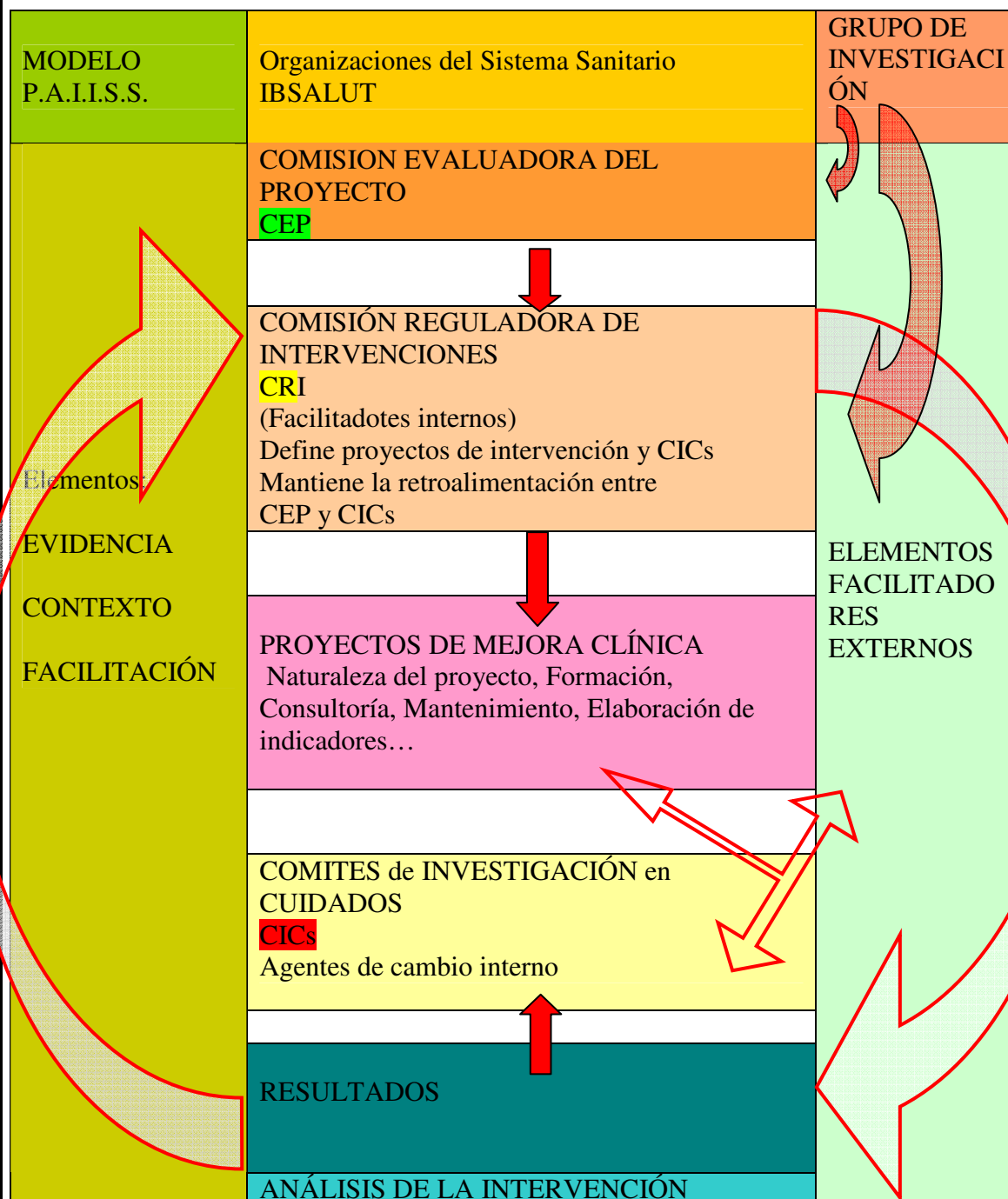
*Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee.**Toda la información será tratada de forma confidencial y será totalmente anónima.*

ANEXO III: Modelo PARIHS.



Contexto 1.- El acceso a las Conclusiones de la investigación, Tº para leer sobre resultados de y programas de investigación. 2 El acceso a personal especializado, 3 Acceso a la biblioteca, revistas y resúmenes o títulos	Cultura 4.- Difusión de la investigación participación en los cambios. 5.- Clima de Investigación, y el tipo de hospital. 6.- Percepción de apoyo por parte de otros compañeros y apoyo administrativo de personas claves.	Liderazgo Se facilita: 7.- El tiempo dedicado 8.- Formación 9.- Se promueve la participación en investigación. 10.- Producción científica e infraestructuras de apoyo	Evaluación
--	--	---	-------------------

ANEXO IV: 2ª FASE. Intervenciones de facilitación. Modelo PAIIS



ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:

ESTUDIO DE FACTORES QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE BALEARES

Equipo investigador:

- JOAN DE PEDRO enfermero profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB
- JORDI PERICAS enfermero profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB
- MIGUEL BENNASAR enfermero profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB
- GUILLEM ARTIGUES enfermero Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares..
- SUSANA GONZÁLEZ, enfermera Centro de Salud
- MARTA ALONSO enfermera supervisora del área de formación e investigación de enfermería en el Hospital Universitario Son Dureta.
- PATRICIA GÓMEZ enfermera directora de cuidados y coordinadora sociosanitaria del Ib-salut,.
- ROSA M^a ADROVER enfermera adjunta de la dirección de cuidados y coordinación sociosanitaria del Ib-salut.
- CATI PERELLÓ enfermera, profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB.
- JESUS MOLINA enfermero y profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB.
- SOLEDAD GALLARDO directora de enfermería de GESMA.
- ANGÉLICA MIGUÉLEZ directora de enfermería de Atención Primaria Mallorca.

Propósito de la investigación

Es establecer el diagnóstico de aquellos elementos favorecedores y obstaculizadores para la implementación de una práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) de tal modo que se puedan generar cambios en la práctica clínica a través de facilitadores tanto internos como externos a la institución.

Descripción de la investigación

Este proyecto se desarrollará en colaboración con la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears y el Servei de Salut de les Illes Balears.(IB-SALUT). La metodología del proyecto será llevada a cabo mediante un trabajo de campo en todos los hospitales y centros de salud de carácter público y dependientes del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma

En una primera fase de diagnóstico, el estudio se plantea con metodología cuantitativa como observacional descriptivo y de corte transversal. Mediante los cuestionarios Nursing Work Index y Evidence-Based Practice Questionnaire se establecerá un diagnóstico de los factores que determinan la PCBE, en función de las respuestas de los centros, unidades e individuos.

En una segunda fase se plantea un estudio cualitativo desde la perspectiva crítico social en la que se analizarán las causas de la situación diagnosticada según los informadores, los cambios propuestos para mejorar la PCBE y las acciones que se consideren necesarias para alcanzar estos cambios. Tras el diagnóstico en una primera fase de los elementos que los profesionales consideran deficitarios para una (PCBE) en esta segunda fase utilizaremos una metodología llamada

investigación-acción participativa, que tiene su punto de partida en la detección de un problema que un grupo de personas desea resolver, es esencial la participación activa de las personas afectadas por ese problema en la búsqueda e implantación de estrategias para solucionarlo.

Esta fase del proyecto, se desarrollara en 11 meses aproximadamente. A lo largo de esta fase buscamos provocar el diálogo, la reflexión y la aportación de los profesionales en el proceso de cambio, para ello utilizaremos, básicamente, la técnica de recogida de datos, mediante el grupo focal o de discusión (GF), en el que participarán un máximo de 12 personas. El contenido de los GF será grabado y posteriormente transcrito para ser analizado. Una vez hecha la transcripción, la grabación será eliminada. En la transcripción se omitirán todas las referencias que puedan identificar a los participantes.

Los participantes serán enfermeras y enfermeros de los centros:

- H. Son Dureta
- H. Son Llatzer
- H. Comarcal de Inca
- H. de Manacor
- H. San Juan de Dios
- H. Can Mises (Ibiza)
- H. Mateu Orfila (Menorca)
- Centros de salud Área Mallorca
- Centros de Salud Área Ibiza - Formentera
- Centros de Salud Área Menorca

Beneficios potenciales, perjuicios e inconvenientes.

La participación activa en este proyecto ayudará a mejorar la calidad de la atención clínica que prestan las enfermeras. Además permitirá implantar estrategias consensuadas que mejoren la atención y den respuesta a la opinión y de los profesionales. Tu contribución también ayudará a comprender que los procesos participativos, como éste, son útiles para generar cambios en los servicios de salud.

Confidencialidad

La identidad de los representantes y participantes no será revelada en ningún informe de este estudio. Los investigadores no difundirán información alguna que pueda identificarles, aunque sí se mencionarán las unidades donde se desarrollará el estudio. Se solicitará a las personas que participan en el GF que no difundan los comentarios específicos de otros compañeros generados en dichos grupos. Sin embargo, dado el carácter participativo y abierto de esta investigación, y dado el grado de intercambio de ideas que esperamos provocar, será muy difícil evitar que, dentro de tu unidad, se sepa que estás participando en el proyecto. En cualquier caso el equipo investigador se compromete a cumplir estrictamente la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal**, garantizando al participante en este estudio que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos ante Joan De Pedro, como investigador principal.

Participación

La participación en el proyecto es completamente voluntaria. Puedes negarte a participar en el estudio, si aceptas participar y a lo largo del proyecto cambias de opinión, puedes retirarte del proyecto en el momento que lo desees. Para eso, simplemente debes informar a la investigadora/or responsable de tu grupo sin necesidad de argumentar o justificar nada.

Con quién contactar

En caso que desees hacer alguna pregunta, resolver dudas o recibir información por escrito sobre el proyecto, puedes ponerte en contacto con Joan De Pedro que es el investigador principal. El es profesor en el Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears y puedes encontrarla en el teléfono 971172606 o en el correo electrónico depedro@uib.es. También puedes preguntar e intercambiar ideas con cualquier compañero que sea miembro del equipo investigador (ver el listado inicial)

ESTUDIO DE FACTORES QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE BALEARES**Consentimiento informado para colaborar como Participante**

Toda la información de la investigación que aparece en las páginas adjuntas me ha sido explicada y las posibles cuestiones que tenía sobre el estudio han sido respondidas a mi satisfacción. Soy consciente de mi derecho a retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones. He comprendido que los investigadores no difundirán mi nombre, ni el contenido de mi participación y que la transcripción del contenido se realizara en condiciones de total anonimato, aunque, dado el carácter participativo de la investigación, es posible en mi unidad sea conocido que participo en el proyecto.

Acepto participar y conozco que el propósito de esta investigación es promover la mejora en los cuidados y entiendo que los grupos focales serán grabados.

Por el presente documento acepto participar en este estudio de investigación, cuya investigador principal es Joan De Pedro, profesor del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. Entiendo que podré mantener el contacto con el mediante el teléfono 971172606 y a través del correo electrónico depedro@uib.es.

Investigador principal Joan De Pedro

Firma

Nombre del participante

Firma

Fecha

Anexo 4: Consentimiento informado

ESTUDIO DE FACTORES QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE BALEARES

Equipo investigador

Joan de Pedro; Jordi Pericàs; Miquel Bennàssar; Guillem Artigues; Susana González; Marta Alonso; Patricia Gómez; Rosa M^a Adrover; Cati Perelló; Jesús Molina; Miguel Ángel Rodríguez; Angélica Miguélez.

Propósito de la investigación

Establecer el diagnóstico de aquellos elementos favorecedores y obstaculizadores para la implementación de una práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) de tal modo que se puedan generar cambios en la práctica clínica a través de facilitadores tanto internos como externos a la institución.

Descripción de la investigación

Este proyecto se desarrolla en colaboración con la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears y el Servei de Salut de les Illes Balears (IB-SALUT). La metodología del proyecto se está llevando a cabo mediante un trabajo de campo en todos los hospitales y centros de salud de carácter público y dependientes del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma.

En una primera fase de diagnóstico, el estudio se planteó con metodología cuantitativa mediante los cuestionarios Nursing Work Index y Evidence-Based Practice Questionnaire. En una segunda fase se plantea un estudio cualitativo en el que se analizarán las causas de la situación diagnosticada según las enfermeras y enfermeros, y los cambios propuestos para mejorar la PCBE y las acciones que se consideren necesarias para alcanzar estos cambios. A lo largo de esta fase buscamos provocar el diálogo, la reflexión y la aportación de los profesionales en el proceso de cambio, para ello utilizaremos grupos focales o de discusión (GD), en los que participarán un máximo de 12 personas. El contenido de los GD será grabado y posteriormente transcrito para ser analizado. Una vez hecha la transcripción por una persona ajena al sistema sanitario, la grabación será eliminada. En la transcripción se omitirán todas las referencias que puedan identificar a los participantes, lo cual

significa que el equipo de investigación trabajará sin poder identificar a quien corresponde los comentarios dentro del grupo.

Beneficios potenciales, perjuicios e inconvenientes.

La participación activa en este proyecto ayudará a mejorar la calidad de la atención clínica que prestan las enfermeras. Además permitirá implantar estrategias consensuadas que mejoren la atención y den respuesta a la opinión de los profesionales. Tu contribución también ayudará a comprender que los procesos participativos, como éste, son útiles para generar cambios en las organizaciones.

Confidencialidad

La identidad de los representantes y participantes no será revelada en ningún informe de este estudio. Los investigadores no difundirán información alguna que pueda identificarles, aunque sí se mencionarán las unidades donde se desarrollará el estudio. Se solicitará a las personas que participan en el GD que no difundan los comentarios específicos de otros compañeros generados en dichos grupos. En cualquier caso el equipo investigador se compromete a cumplir estrictamente la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal**, garantizando al participante en este estudio que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos ante Joan De Pedro, como investigador principal.

Participación

La participación en el proyecto es completamente voluntaria. Si aceptas participar y a lo largo del proyecto cambias de opinión, puedes retirarte del proyecto en el momento que lo desees. Para eso, simplemente debes informar a la investigador principal sin necesidad de argumentar o justificar nada.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLABORAR COMO PARTICIPANTE

Toda la información de la investigación que aparece en las páginas adjuntas me ha sido explicada y las posibles cuestiones que tenía sobre el estudio han sido respondidas a mi satisfacción. Soy consciente de mi derecho a retirarme del estudio

en cualquier momento sin dar explicaciones. He comprendido que los investigadores no difundirán mi nombre, ni el contenido de mi participación y que la transcripción del contenido se realizara en condiciones de total anonimato, aunque, dado el carácter participativo de la investigación, es posible en mi unidad sea conocido que participo en el proyecto.

Acepto participar y conozco que el propósito de esta investigación es promover la mejora en los cuidados y entiendo que los grupos de discusión serán grabados.

Por el presente documento acepto participar en este estudio de investigación, financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (PI 09/90512). Ministerio de Ciencia e Innovación. cuyo investigador principal es Joan De Pedro, profesor del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. Entiendo que podré mantener el contacto con él mediante el teléfono 971172606 y a través del correo electrónico depedro@uib.es.

Investigador principal Joan De Pedro

Firma

Nombre del participante

Firma

Fecha

Anexo 5: Autorización del CEIC



Sr. Joan Ernest de Pedro
departamento de enfermería
U.I.B.

Palma, 27 de mayo de 2009

El Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears, en su reunión 06/09 de día 27 de mayo de 2009, evaluó el estudio N° **IB 1182/09 PI**, denominado **FACTORES QUE DETERMINAN LA PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCION PRIMARIA DE BALEARES. PROPUESTA DE ELEMENTOS DE FACILITACION A PARTIR DEL MODELO PARIHS** del investigador principal Sr. Joan Ernest de Pedro del departamento de enfermería de la U.I.B.

Una vez presentado, este Comité acuerda emitir informe favorable a efectos de su presentación y solicitud de ayuda al FIS, si el proyecto se lleva a cabo, se deberá presentar la documentación según normas del CEIC IB para "otros proyectos de investigación" en caso de que sea concedida.

Lo que le comunica a los efectos oportunos.

Atentamente,

Isabel Mª Borrás Rosselló
Secretaria en funciones del CEIC Illes Balears

Anexo 6: Instrucciones de observación para los grupos

Observación del grupo de discusión

En los grupos de discusión que tendremos que realizar vuestra función será como observadores. Yo seré la coordinadora del grupo y, por lo tanto, iré realizando las preguntas pertinentes para que el grupo de desarrolle.

En primer lugar, es importante señalar que el observador no puede intervenir activamente en el grupo de discusión. Inicialmente cada participante del grupo de discusión se presentará. Yo me presentaré en primer lugar y presentaré también a la persona que esté realizando la observación por su nombre y como investigador del proyecto. Es muy importante que el observador pase lo más desapercibido posible para el grupo de discusión.

Las funciones que tiene que llevar a cabo el observador del grupo de discusión son las siguientes:

- **Controlar que el guión del grupo de discusión se desarrolla de forma correcta.** Tendréis una copia del guión que utilizaremos en el grupo. Tendréis que ir señalando aquellas preguntas que se vayan realizando. Cuando yo piense que ya he acabado con el guión os preguntaré si queda alguna cosa más. En el caso de que penséis que alguno de los temas no se ha tratado me enseñaréis aquellas preguntas que pensáis que todavía no se han realizado.
- **Registrar aspectos significativos no orales del grupo de discusión.** Esta función es la más importante para el observador. Tendréis que apuntar todas aquellas cosas que penséis que son relevantes sobre el grupo de discusión que no puedan quedar registradas oralmente. Por ejemplo:
 - Vuestras impresiones sobre el **clima general** del grupo (si están a gusto, si no lo están...)
 - Vuestra impresión sobre **cada uno de los participantes** del grupo (si os da la impresión de que está muy nervioso, si está tranquilo, si se mueve...)
 - Si identificáis a algún **líder** del grupo, alguna persona que quiera tener siempre la última palabra o que sea el que más quiere hablar.
 - Si identificáis **coaliciones**, es decir, si, por ejemplo, dos o tres personas del grupo empiezan a tener siempre la misma opinión sobre

todo, independientemente del tema que se trate. También podría ser que se formasen dos coaliciones enfrentadas.

- Que apuntéis momentos en los que ha habido **silencios** incómodos para el grupo o **interrupciones** de un participante hacia otro muy bruscas.
- Apuntad todas aquellas cosas que os parezcan interesantes por lo que se refiere a **lenguaje no verbal** y a la **vestimenta** de los participantes en el grupo.

Finalmente tendréis que elaborar un pequeño informe con las notas que hayáis recogido del grupo de discusión. Vosotros tendréis que pasar vuestras notas al ordenador y posteriormente yo me encargaré de juntarlas y estandarizarlas para su análisis. En el caso de que no os sea posible pasar las notas al ordenador me lo podéis comentar cuando os toque hacer vuestra observación del grupo de discusión y encontraremos una solución.

Ya sé que parece un poco difícil en principio hacer la observación del grupo de discusión identificando las diferentes cosas que os he señalado pero una vez que empecéis a observar veréis que no resulta tan difícil como parece en un principio.

Por otra parte, es muy importante que recordéis que no podéis emitir nunca juicios de valor sobre lo que digan los participantes de los grupos de discusión, ni oralmente ni con caras o expresiones. Ser observador es un difícil ejercicio de contención ya que independientemente de lo que digan o hablen en el grupo no podréis participar ni influir en él de ninguna manera.

Si tenéis cualquier duda sobre lo que tenéis que observar o sobre vuestra función dentro del grupo no dudéis en contactar conmigo a través de esta dirección de e mail. ¡Ánimo y hasta el grupo de discusión!

Priscila Seguí

Anexo 7: Guión de los grupos de discusión

1-. Práctica basada en la evidencia:

1.1 ¿Qué entendéis por enfermería basada en la evidencia (EBE)? ¿Cómo creéis que se construye la EBE?

1.2 ¿De que manera resolvéis las dudas que se os plantean en vuestra práctica diaria como enfermeras?

1.3 Cuando os surge alguna duda ¿Dónde buscáis la información? ¿Qué momento de vuestra jornada laboral utilizáis para obtener la información?

1.4 Como iniciativa personal ¿Habéis llevado a cabo alguna vez investigación clínica, presentado alguna publicación en revistas nacionales o internacionales o presentado alguna comunicación a un congreso? Si tuvierais recursos (personal, asesoría, tiempo y dinero) ¿Sobre qué temas investigaríais prioritariamente en vuestro medio/centro?

1.5 ¿Creéis que la evidencia es aplicable directamente tal como viene “desde más arriba”? (No decirlo pero necesita adaptación individual)

1.6 En vuestra práctica diaria ¿Os sentís generadores de evidencia clínica?

1.7 Cuando adquirís evidencia de un artículo, de una sesión, de un médico, de vuestra propia práctica... ¿Compartís esta evidencia con los demás compañeros? ¿A través de qué vías? (uno a uno, sesiones, email, propuestas de cambio de protocolos, de guías...).

2-. Preguntas sobre el entorno laboral:

2.1 ¿Consideráis que institucionalmente se favorece la autonomía en cuanto a la práctica profesional de enfermería?

2.2 ¿De qué manera creéis que puede contribuir al desarrollo profesional la enfermería basada en la evidencia?

2.3 ¿Quién creéis que debe tomar la decisión de aplicar la práctica enfermera basada en la evidencia a la práctica diaria?

2.4 ¿Quién o quiénes creéis que deben elaborar la estructura previa a la aplicación de la práctica basada en la evidencia? (investigar, recopilar, implementar...)

2.5 ¿Cómo se puede mantener la práctica basada en la evidencia viva, actualizada? ¿De quién es la responsabilidad?

2.6 ¿Quién y cómo creéis que se debería evaluar la aplicación de la PBE?

2.7 ¿Cómo podría incentivarse la aplicación de la PBE?

2.8 En caso de que hagáis sugerencias sobre la aplicación de la evidencia o modificaciones de planteamientos de la misma ¿Cómo responde la gerencia?

2.9 ¿Sentís que participáis en la toma de decisiones sobre la aplicación de la evidencia en vuestro centro de trabajo? ¿Os consideráis partícipes?

2.10 ¿Creéis que en general, los médicos facilitan, dificultan o no afectan el desarrollo de la práctica clínica de las enfermeras basada en la evidencia?

2.11 En vuestro centro, ¿Quién decide el modo de aplicar los cuidados de enfermería?

2.12 ¿Usáis indicadores para evaluar la calidad de vuestra práctica clínica? ¿Os parecen adecuados?

2.13 ¿Qué papel creéis que juega la coordinadora o supervisora en la instauración de la PBE en enfermería en vuestro centro?

2.14 ¿Creéis que la plantilla de enfermeras de vuestro centro tiene el tamaño adecuado para desarrollar la PBE?

3.- Propuestas para mejorar la práctica basada en la evidencia:

3.1 ¿Qué medidas propondrías a la gerencia (o dirección) para que se trabajara más con evidencia en vuestra práctica diaria?

3.2 ¿Qué medidas propondrías a la gerencia (o dirección) para que pudieseis realizar más investigación?